

# ИСТЕРИЧКА ИЛИ ПРАВО ИМЕЮ

КАК СТРАДАНИЯ  
пациенток  
становились  
публичным  
перформансом?

БЕСТСЕЛЛЕР  
**USA TODAY**  
ЛУЧШАЯ КНИГА  
2024 ГОДА  
ПО ВЕРСИИ  
**AMAZON**



Что Гиппократ  
называл  
«БОЛЕЗНЬЮ  
ДЕВСТВЕННИЦ»?

КАК  
ПЛАСТИЧЕСКАЯ  
ХИРУРГИЯ  
переключилась  
с раненых солдат  
на женщин?

КАК ЖЕНЩИН ЛЕЧИЛИ ОТ ВЫДУМАННЫХ  
БОЛЕЗНЕЙ И ИГНОРИРОВАЛИ НАСТОЯЩИЕ

18+

ЭЛИЗАБЕТ КОМЕН,  
д.м.н., врач-онколог

 **БОМБОРА**  
ИЗДАТЕЛЬСТВО

RES  
PEC  
TUS

Respectus. Путешествие к современной медицине

Элизабет Комен

**Истеричка или право имею.  
Как женщин лечили от  
выдуманных болезней и  
игнорировали настоящие**

«ЭКСМО»

2024

УДК 616-07  
ББК 53.4

## **Комен Э.**

Истеричка или право имею. Как женщин лечили от выдуманных болезней и игнорировали настоящие / Э. Комен — «Эксмо», 2024 — (Respectus. Путешествие к современной медицине)

ISBN 978-5-04-230021-9

Женское тело — не отклонение от нормы. И пора прекратить лечить его как ошибку. Доктор Элизабет Комен — онколог и врач-исследователь — разоблачает, как тело женщины веками лечили через страх, невежество и предрассудки. Почему считается, что женский мозг фундаментально отличается от мужского? Могли ли кости викинга-воина принадлежать женщине? Шагая по одиннадцати системам организма — от мышц до гормонов, от нервов до иммунитета — автор проводит читателя от анатомического абсурда прошлого в будущее, где женщина не обязана доказывать, что ее боль реальна. Это книга для женщин, которым надоело, что их боль игнорируют. Для тех, кто хочет лучше понимать свой организм и отстаивать право на лечение. Для врачей и всех, кто готов услышать женский голос в медицинской истории. В формате PDF А4 сохранен издательский макет.

УДК 616-07

ББК 53.4

ISBN 978-5-04-230021-9

© Комен Э., 2024

© Эксмо, 2024

# Содержание

Введение	6
1. Кожа	13
2. Кости	32
3. Мышцы	50
Конец ознакомительного фрагмента.	56

**Элизабет Комен**  
**Истеричка или право имею. Как**  
**женщин лечили от выдуманных**  
**болезней и игнорировали настоящие**

ALL IN HER HEAD. The Truth and Lies Early Medicine Taught Us About Women's Bodies and Why It Matters Today by Elizabeth Comen, MD

Copyright 2024 by Elizabeth Comen, MD

В коллаже на обложке использованы иллюстрации: RetroClipArt, Morphart Creation / Shutterstock / FOTODOM

Используется по лицензии от Shutterstock / FOTODOM

Во внутреннем оформлении использованы иллюстрации: PanicAttack, Sketch Master, RetroClipArt / Shutterstock / FOTODOM

Используется по лицензии от Shutterstock / FOTODOM

© Красильникова А. Ю., перевод на русский язык, 2025

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2025

\* \* \*

*Посвящается моим Перл: почившим, живущим и будущим*

## Введение

День за днем я живу и работаю в тени смерти. Она всегда рядом: подслушивает каждую беседу, затемняет снимки там, где раковая масса укоренилась и разрослась, ходит за мной по смотровым кабинетам, выжидая двадцатиминутный прием каждого пациента. Смотровые выглядят почти стерильными, но при этом внушают спокойствие – светлые полы, выстланные линолеумом, и безмятежные виды природы – лужайка полевых цветов, журчащий ручей украшают стены, чтобы пациент, пока его осматривают на кушетке, мог ими любоваться. Даже медицинские халаты выглядят умиротворяюще: бело-розовые, из мягкого жатого ситца, они старательно поддерживают атмосферу идиллического спокойствия. Чтобы женщина во время приема могла представить, что она не в клинике, а, скажем, в спа-салоне.

Как будто это вообще возможно. Как будто кому-то когда-то удавалось просто взять и перестать чувствовать зловещее присутствие крадущейся смерти.

\* \* \*

Одним августовским утром 2018 года тень смерти подобралась ко мне как никогда близко, и об умиротворяющей атмосфере спа-салона не могло быть и речи. Активный рабочий день в отделении опухолей молочной железы сопровождался шумом пищащих аппаратов, кругом сновали врачи и медсестры, слышались приглушенные голоса и редкие всхлипы над кроватями пациентов – даже плотные коричневые занавески не могли укрыть их от царящей вокруг суеты.

Я делаю глубокий вдох, мысленно подготавливая себя перед разговором с пациенткой. Чувствуя, как смерть подкрадывается к ним, люди часто боятся, что врач оставит их, откажется продолжать лечение – скажет, что ничего больше нельзя сделать, раз надежды на выздоровление нет. Однако даже если таргетная терапия<sup>1</sup> больше не приносит результатов, врач никогда не перестает заботиться о своем пациенте.

Этот визит – один из последних к моей пациентке – был, пожалуй, самым важным. Вместо обнадеживающего прогноза или нового плана лечения все, что я могла ей предложить, – просто быть рядом. В этот день нужно было дать несколько обещаний: я не оставлю тебя. Я помогу контролировать боль, постараюсь облегчить страдания. Помогу тебе и твоей семье встретить то, что грядет. Буду рядом до самого конца.

Когда я отодвинула занавеску у кровати, Элен посмотрела на меня виновато. Ей было тяжело дышать, из живота и груди торчали трубки – последняя, безуспешная попытка откачать жидкость, которая заполняла тело, сдавливая органы, которые вот-вот были готовы отказать. Глаза приобрели характерный желтушный оттенок, а кожа впалых щек стала такой же бесцветной, как и унылая бежевая стена за ее кроватью. Волосы, которые она всегда укладывала в стильную, короткую эльфийскую стрижку, еще до того, как химиотерапия внесла свои существенные коррективы в их густоту, влажными прядями прилипли ко лбу.

Ухудшение наступило всего четыре недели назад, спустя шесть лет после того, как она впервые переступила порог моего кабинета с метастатическим, неизлечимым раком груди, который успел распространиться на кости, печень и легкие. Все эти годы я гордилась тем, что разработала такой курс лечения, который позволил ей не просто выживать, а по-настоящему жить: работать в некоммерческой организации, воспитывать четырех дочерей-подростков и много путешествовать с мужем и семьей. Каждая улыбающаяся фотография из приключений

---

<sup>1</sup> **Таргетная терапия** – лекарственная противоопухолевая терапия. Направлена как на саму опухоль, так и на отдаленные метастазы. Этот вид лечения минимизирует повреждение здоровых тканей. – *Прим. ред.*

Эллен – будь она с дочерьми на вершине горы или же смеющаяся с мужем у подножия водопада – была победой и для меня тоже. Долгие годы терапия безотказно и эффективно работала на нас.

Но сегодня приключения Эллен подошли к концу. В палате словно застыло пограничное состояние – место, где пациентка существовала от одного прерывистого вдоха до другого, а неотвратимость ухода тяжело повисала в паузах между ними. Держа Эллен за руку, я выслушивала вопросы, на которые нет простых ответов: каково это – соскальзывать в небытие? Будет ли страшно? Придется ли терпеть боль? Когда разговор был окончен, она сжала мою ладонь, а я задержалась еще на несколько мгновений, давая время тому, что осталось невысказанным.

Наконец я наклонилась, чтобы обнять ее на прощание – в последний раз. Прижалась щекой к ее щеке. Ощутила влажность кожи, хрупкость истончившихся костей. Думала о том, какой она была отважной, удивительной, полной жизни и как хотелось подарить ей больше времени.

А потом она произнесла эти слова. Не последние, но те, которые я не забуду никогда:

*«Простите, что заляпала вас своим потом».*

\* \* \*

Эллен была не первой пациенткой, от которой я слышала эти слова. Как онколог, специализирующийся на лечении рака молочной железы, я сидела рядом с тысячами женщин в момент, когда им ставили диагноз, угрожающий жизни. И в первые мгновения после того, как я сообщаю пациентке о раке, кем бы она ни была, реакция почти всегда одинаковая:

*Я умру?*

*Почему это случилось со мной?*

*Простите, я вся вспотела.*

Потоотделение, разумеется, – естественная физическая реакция на стресс, а что может быть более стрессовым, чем визит к онкологу? Ни одна болезнь не вызывает такого страха, как рак, и женщины, которых я принимаю каждый день, неизменно напуганы: их пугают страдания, смерть, годы ремиссии с постоянной угрозой рецидива. Но чувство, с которым я сталкиваюсь в смотровой чаше всего, более сильное и коварное, чем страх, – это стыд. Список того, за что пациентки извинялись передо мной за эти годы, бесконечен и противоестественен: они просят прощения не только за пот, но и за саму болезнь, за то, что им вообще пришлось обратиться за помощью. Они винят себя за пропущенные маммографии, за то, что не заметили симптомы, не смогли самостоятельно диагностировать у себя рак в безумном хаосе работы на полную ставку, материнства, заботы о престарелых родителях, ведения хозяйства. Они стыдятся даже побочных эффектов лечения и операций, которые спасают им жизнь. Одна из самых удивительных моих пациенток, волевая, не склонная к сантиментам семидесятипятилетняя женщина, выросшая тринадцать детей и всю жизнь проработавшая на скотоводческой ферме, пришла на послеоперационный осмотр с тем, чего я никогда раньше не видела: телесного цвета накладным соском, приклеенным поверх шрама от мастэктомии<sup>2</sup>. Когда я спросила ее, зачем она сделала это, женщина ответила, что заказала его в интернете ради меня.

«Он такой уродливый, – сказала она о шраме. – Не хотела вас смущать».

За все годы обучения и практики в терапии и онкологии я не могу припомнить ни одного пациента-мужчину, который испытывал бы подобный стыд. Как врачу, стремящемуся помочь женщинам побороть болезнь, мне эта разница кажется необъяснимой.

---

<sup>2</sup> **Мастэктомия** – хирургическая операция по удалению молочной железы. – Прим. ред.

Как исследователю истории медицины, мне известно, что в этом различии нет никакой загадки.

Женщины, которые извиняются передо мной за свою болезнь, – часть медицинского наследия, передававшегося сотни лет и заметного по сей день. Из этого наследия выросла определенная история. История о том, как должно выглядеть и что должно чувствовать женское тело – в работе, в развлечениях, в учебе и размышлениях, в сексе, в материнстве, в болезни и здравии – и да, даже на смертном одре. Авторы этой истории давно покинули нас, хотя их имена и портреты до сих пор можно увидеть в музеях, на мемориальных досках, в учебниках, по которым сегодняшние студенты-медики готовятся стать практикующими врачами. И хотя авторами этой истории действительно были мужчины, проблема не в этом.

Проблема в том, что эта история имеет крайне мало общего с действительностью.

\* \* \*

Врачи, чьи труды сформировали мир медицины и определили место женщины в нем, были такими же, как и все мы: продуктами своего времени и опыта, подверженными влиянию не только современных им нравов, но и собственного эмоционального и социального опыта общения с женщинами, а также общественных ожиданий относительно взаимодействия врача с пациентками. В первом случае мы видим знакомый перечень патриархальных тревог о женщинах: их сексуальность, их работа, репродуктивные способности, опасные перспективы в случае, если они когда-нибудь станут полноправными творцами своей судьбы. Но во втором случае, отдельно от личных чувств врача по поводу этих угроз, стоит тот факт, что любой доктор, который поощрял бы дочь или жену пренебрегать предписаниями приличного общества, рисковал навлечь на себя гнев разъяренного отца или мужа пациентки (которые, разумеется, отказались бы оплачивать счет). В конце концов, у каждого есть хозяин, и вина лежит не столько на отдельных мужчинах, сколько на системе, в которой они жили и работали. Западное медицинское повествование в значительной степени избегало обсуждения женского тела, не говоря уже о том, чтобы признать его сильным, дееспособным или равноценным мужскому. В истории медицины, определяющей «нормальные» функции женского организма – как и женскую боль, удовольствие, силу и интеллектуальные способности, – голоса самих женщин удивительным образом отсутствуют.

Это было правдой двести лет назад. Это остается правдой и сегодня. Мы, возможно, оставили позади политику, экономику и эмоции, которые формировали жизнь женщин на протяжении всей истории – особенно в XIX веке, в период медицинских открытий, до сих пор определяющих медицинскую практику два столетия спустя, – но они не оставили нас. Это прошлое присутствует в каждом врачебном кабинете и каждом исследовательском институте, в смотровых, анатомических лабораториях, больничных коридорах и операционных. Оно преследует нас по пятам, пока мы пробираемся через медицинский лабиринт женского здоровья, построенный мужчинами, чьи представления о женщинах, хоть иногда и благонамеренные, в лучшем случае были ограниченными, а в худшем – параноидальными и оскорбительными. То прошлое было со мной в тот день в палате Эллен, такое же неуловимое и вездесущее, как сама смерть, притаившееся рядом с ней, пока она лежала, умирая. И потя. И извиняясь.

Когда женщины приходят ко мне на лечение, один из самых важных вопросов, который я задаю: «Что приносит вам радость?» Этот вопрос многих пациенток удивляет; в нашем коллективном понимании медицины роль врача – лечить болезнь и предотвращать смерть, а не проявлять любопытство к тому, какую жизнь вы хотите прожить. Но видеть в пациентках прежде всего людей – неотъемлемая часть врачебной практики. Если я назначу химиотерапию, способную вызвать повреждение нервов, женщине, чья страсть – игра на фортепиано, если я решу, что пожилую женщину не побеспокоят сексуальные побочные эффекты препарата, подавляю-

щего рак, если я сосредоточусь на выживании пациентки в ущерб ее возможности жить полной жизнью после – значит, я потерпела неудачу.

Эта книга – продолжение того же священного долга: приподнять завесу над скрытой информацией. Пролить свет на тени этого зловещего наследия. Дать женщинам инструменты, необходимые не просто для выживания, но для полноценной жизни.

Если женщина думает в одиночестве, она думает о злом.  
*«Молот ведьм», 1487*

В конце XV века католические священнослужители создали удивительный документ под названием *Malleus Maleficarum* или «Молот ведьм». В последующие столетия этот документ использовался для выселения и планомерного уничтожения десятков тысяч женщин, обвиненных в колдовстве. Эти убийства были не только моральным преступлением – они положили начало длительной кампании по вытеснению женщин из медицины, сделав их практику в этой сфере опасной, зачастую смертельно опасной. В то время растущее влияние церкви видоизменяло все стороны жизни, включая здравоохранение, насаждая моду на исцеление верой, где истинным лекарством от болезни считались исповедь и молитва. Поколения целительниц, в основном женщин, владевших практическими навыками в ботанике, акушерстве и лечении травами, подвергались пыткам и казням. «Молот ведьм» особенно явно обозначал угрозу, которую представляли собой целительницы, занимавшиеся репродуктивным здоровьем, беременностью и родами: «Ведьмы-повитухи различными способами убивают зачатое во чреве дитя и вызывают выкидыш; а если не делают этого, то приносят новорожденных детей в жертву Дьяволу». (Неудивительно, что страх священнослужителей перед повитухами, предлагающими травяные средства для прерывания беременности, уступал другой, более насущной тревоге: что ведьмы способны «лишить мужчину его мужского достоинства».)

Хотя в последующие столетия медицина и наука продвинулись вперед (а исцеление верой и сожжение женщин на костре вышли из моды), в медицине по-прежнему витал дух женоненавистничества и суеверий, питавший охоту на ведьм 1600-х годов. Научная революция подкрепила череду прорывов в медицинском знании – теорию микробов<sup>3</sup>, лабораторную науку, зарождающиеся области статистики и эпидемиологии, появление профессиональных медицинских сообществ и школ, включая основание Американской медицинской ассоциации в 1847 году, – но в то же время женщин все активнее отстраняли не только от практики, но и от изучения медицины. Американские медицинские школы, созданные по образцу европейских, открывали путь к новому, престижному общественному положению врачей – и при этом в большинстве своем запрещали прием на учебу женщин. К началу XX века женщин планомерно вытеснили даже из тех областей, где они традиционно считались носительницами знаний. Дело было не только в теории микробов, лабораторной медицине и науке – акушерство, поглощенное новой специализацией гинекологией, теперь стало исключительной прерогативой мужского пола.

С этого момента врачи-мужчины превратились в уникальных, облеченных властью экспертов по женскому телу – в то время как женские знания и практики врачевания были низведены до уровня бабушкиных сказок. В последующие годы профессиональное поле медицины расслоилось по гендерному признаку на врачей с одной стороны и медсестер с другой: мир, где мужчины-звезды творили чудеса, а женщины на вторых ролях подтирали за ними. Роль женщин в медицине, как и в обществе, была строго регламентирована и подкреплена стереотипом о женской природе заботы: *«Врачи лечат. Медсестры ухаживают»*.

Сегодня медицинские школы не закрывают двери перед женщинами – более того, девушек поступает больше, чем парней, – но возвеличивание маскулинного духа в медицине сохра-

---

<sup>3</sup> Теория микробов, также известная как микробная теория болезней, утверждает, что многие заболевания вызываются микроорганизмами, такими как бактерии, вирусы, грибки и простейшие. Основы микробной теории были предложены Джироламо Фракасто в 1546 году и расширены Маркусом фон Пленцисом в 1762 году. – *Прим. ред.*

няется, несмотря на улучшение гендерного баланса среди практикующих врачей. Академическая медицина по-прежнему превозносит авторство научных работ как вершину достижений; простая забота о пациентах не приносит ни славы, ни блеска. Женщины остаются недопредставленными и обделенными вниманием в медицинских исследованиях, хотя многие методы лечения по-разному воздействуют на женский и мужской организм. А когда в медицине возникают противоречия, они все еще разделяются по гендерному признаку, неизменно превознося рациональный, традиционный, мужской подход над расплывчатой, женственной «эзотерикой»: «восточное против западного», «природное против научного», «альтернативное против традиционного».

На следующих страницах мы познакомимся с женским телом так же, как это делают будущие врачи – и как они делали это с момента зарождения медицинской специализации в конце XIX века. Учебники по физиологии делят тело на одиннадцать отдельных систем органов: покровную, костную, мышечную, сердечно-сосудистую (кровеносную), дыхательную, пищеварительную, мочевыделительную, иммунную, нервную, эндокринную и репродуктивную. В медицинской школе я узнала, что эти системы в совокупности охватывают все человеческое тело, но опыт научил меня, что, когда речь идет о женщинах, литература умалчивает не меньше, чем раскрывает. (Например, изучение женской репродуктивной системы обходит стороной вопросы сексуальности и сексуального здоровья женщин вне контекста деторождения, что станет очевидным в нашей главе, посвященной репродукции и сексуальности.)

Вместе мы прольем свет на медикализированное женское тело и его слепые зоны, а также развеем мифы, невольно унаследованные через поколения. Мы вернемся в прошлое, чтобы встретиться с легендарными – а порой и печально известными – врачами, которые формировали медицину, и их пациентками, о которых они заботились (или, в некоторых случаях, не заботились). Мы исследуем санатории Европы XVIII века, анатомические лаборатории викторианского Нью-Йорка, импровизированные госпитали довоенного Юга. Мы станем свидетелями рассвета женской медицины во всем ее величии, а порой и жестокости, и заново откроем моменты, когда стремительное развитие врачебного искусства оставляло без внимания важнейшие вопросы и знания. И пока мы вместе путешествуем по прошлому, я буду опираться на свой опыт лечения тысяч женщин, а также на свидетельства ведущих врачей и ученых, чтобы проследить связь между медицинским прошлым и настоящим женщин. Сегодня нас обременяет не только наследие невежества, равнодушия, угнетения и подчинения в отношении женского здоровья, но и целая система, построенная вокруг этого: электронные медицинские карты, трудности страхования и узкие специалисты усложнили наше понимание и лечение организма, что сильнее всего сказалось на женщинах. Во многих областях патологии, специфичные для женского пола, остаются недофинансированными, малоизученными и часто неверно диагностируются.

\* \* \*

Предвзятость в медицине распространяется как на женщин-врачей, так и на пациенток. И мой путь в медицинскую профессию был усеян препятствиями, специфичными для моего пола; меня недооценивали, принижали и предъявляли требования, с которыми не сталкивались мои коллеги-мужчины. Даже несмотря на то, что медицинские школы гордятся выпускными классами с преобладанием женщин, они гораздо реже занимают руководящие должности и за время карьеры зарабатывают на миллионы долларов меньше мужчин. Женщины-врачи чаще берут на себя добровольные роли «миротворцев» в академических учреждениях, их подталкивают к заботе, а не к лидерству. При этом исследования показывают, что женщины уделяют пациентам больше времени, проявляют больше эмпатии и лучше устанавливают с ними контакт (что приводит к лучшим результатам). Недавнее исследование показало, что

у женщин, прооперированных мужчинами, значительно худшие исходы, включая летальные, чем у тех, кого оперировали женщины. (Что касается мужчин-пациентов, их результаты не зависели от пола хирурга.) Такие исследования выявляют не врожденное превосходство женщин-врачей, а то, как гендерные культурные нормы позволяют женщинам эффективнее мужчин удовлетворять потребности пациентов. Почему врачи-мужчины чаще перебивают пациентов? Может, дело в том, что от женщин ожидают лучшего умения слушать, меньше перебивать, проявлять эмоции и эмпатию? Что произойдет, если мы заложим эти ожидания в основу медицинского образования для всех врачей с самого начала? Как выглядела бы медицина, если бы всю женскую энергию, которую выдавливали и отодвигали в сторону на протяжении двух тысячелетий, впустили обратно?

Речь не о том, чтобы представить борьбу за власть между целителями и учеными или предположить, что современной медицине нужно включить сеансы лунных песнопений и лечение травами для достижения истинного равенства полов. Скорее это призыв к созданию медицинского мира, который был бы более человечным, целостным, способным видеть в пациенте цельную личность, а не набор сломанных частей.

\* \* \*

Тысячи лет назад викинга-воина похоронили в могиле, украшенной мечом, топором, копьем, бронебойными стрелами, боевым ножом, двумя щитами и двумя конями – все указывало на опытного военачальника высокого ранга. Когда могилу обнаружили в конце XIX века, эксперты сошлись во мнении, что это должно быть место захоронения почитаемого воина-мужчины. Лишь в 1970-х годах некоторые ученые внимательнее взглянули на останки и задались вопросом: могли ли эти небольшие, изящные кости принадлежать женщине?

Научное сообщество воспротивилось; сама идея женщины-воина казалась слишком нелепой. И все же пятьдесят лет спустя анализ ДНК скелета викинга, проведенный остеологом Стокгольмского университета Анной Чельстрём, неопровержимо это доказал. Потребовалось так много времени и усилий лишь потому, что кости рассказывали иную историю, чем медицинские институты и эксперты 1800-х годов. Скелет явно принадлежал женщине, но мужчины видели лишь то, что хотели видеть, чему их научили.

История наблюдает и за нами. Когда через столетия студенты будут изучать останки сегодняшней медицинской системы, что они поймут о том, как мы заботились о женщинах? Будем ли мы покоиться рядом со своими трофеями, признанные за нашу силу, ценные воины в борьбе против страданий и болезней? Или мы останемся погребенными в руинах сломанной системы, из которой так и не нашли сил выбраться? Я не доживу до ответа – но чувствую, что должна попытаться.

В 1919 году, на Украине, моя прабабушка Перл, прижимая к себе детей, с ужасом наблюдала, как убивают ее мужа. Но когда солдаты обернулись и потянулись к ее сыну, она бросилась на них, сражаясь не на жизнь, а на смерть. Сын был спасен. Перл повезло меньше.

Раны, нанесенные солдатами, в конце концов оказались смертельными, но те несколько месяцев, что она прожила после нападения, были хуже, чем просто тяжелыми. Они были постыдными. Когда моя бабушка, ее дочь, рассказывала эту историю десятилетия спустя, она не говорила о чем-то конкретном, лишь отмечала, что смерть по сравнению с ними была благословением.

Я часто думаю о своей прабабушке, как думаю о пациентках, которых знала и потеряла. Думаю об Эллен, извиняющейся на смертном одре. Думаю о том, что она не была первой женщиной, сделавшей это, и не будет последней.

Но наши финальные мгновения на Земле не должны быть пропитаны страхом, стигмой и стыдом – как и моменты, которые мы проживаем до них. Нам нужно перестать извиняться

за свои медицинские потребности и начать задавать вопросы, которые ведут к лучшему пониманию, лучшему здоровью и лучшей жизни. Нам нужно спросить, как выстроить отношения с нашим телом, которые будут не просто комфортными, а радостными; как понять, когда что-то не в порядке, и отстаивать свои потребности, а не извиняться за них; как ориентироваться в системе здравоохранения, которая никогда не будет совершенной, но может стать лучше; как быть такими же уверенными, информированными и убежденными в праве на достойную медицинскую помощь в кабинете врача, какими мы бываем в остальной жизни.

Слишком многие женщины впервые задавались этими вопросами, когда им оставались считанные месяцы. Я хочу, чтобы мы все задали их сейчас, без извинений, и продолжили вопрошать, пока не получим ответы. Эта книга – дань женским жизням: прожитым, потерянным и тем, которых они заслуживают.

Итак, начнем.

# 1. Кожа

## Покровная система. Главное – то, что внутри

Тысяча девятьсот шестьдесят второй год. Тимми Джин Линдси двадцать девять лет, у нее ярко-голубые глаза и темные волосы, уложенные в короткий начес. Такая же прическа была у Софи Лорен<sup>4</sup>, когда ее фотографировал Лумис Дин в конце 1950-х: коротко подстриженные на затылке, кудрявые и пышные сверху волосы. На Софи эта стрижка выглядела гламурно, небрежно и сексуально. На Тимми – практично: прическа скрывает ее всегда торчащие уши и не мешает во время работы, которой она занята постоянно. Ее история жизни коротка, но уже полна тупиков и упущенных возможностей: импульсивное замужество в пятнадцать, развод в двадцать шесть. Сейчас она работает на фабрике, на конвейере. Большинство ее коллег – женщины (собирать печатные платы из крошечных деталей легче, если у тебя маленькие руки), и большинство, как и она, с трудом сводят концы с концами. Шестеро детей, работа на фабрике, зарплаты едва хватает на самое необходимое.

Именно бедность приводит Тимми в больницу Джефферсона Дэвиса в Хьюстоне – бедность и стыд. После развода она пыталась встречаться с мужчинами, но все, что у нее осталось, – череда разбитых сердец и две безвкусные татуировки: красная роза на каждой груди. Ее последний бойфренд, Фред, уговорил ее сделать их во время совместного отпуска, и Тимми импульсивно согласилась. Теперь Фред исчез, а татуировки остались, каждый день напоминая о неудавшихся отношениях и совершенных ошибках. Татуировки можно удалить с помощью дермабразии, но она не может себе этого позволить, поэтому и сидит в смотровой городской больницы в ожидании свести их бесплатно.

Тимми хочет, чтобы кожа ее груди стала чистой, без отметин; хочет стереть все свидетельства – татуировки, отпуска, самого Фреда – из своей жизни и начать с чистого листа, словно ничего и не было.

Она не хочет грудные имплантаты.

Но все равно их получит.

\* \* \*

Покровная система – самая большая в организме: она составляет всю его поверхность. Кожа, волосы, зубы, ногти: все это образует барьер между уязвимыми органами и суровым, опасным миром. Система, единственная цель которой – защищать внутреннее от внешнего. В результате медицина покровной системы включает в себя не только лечение сыпи, поражений и других патологий, но и более поверхностные вещи, например косметический и эстетический аспекты. Врачи, в первую очередь озабоченные красотой, вольны, если пожелают, уделять больше внимания стилю, чем содержанию, подрезая и подтягивая совершенно здоровые тела в надежде улучшить саму природу.

В отличие от других глав этой книги, в этой содержится не история о том, как женские проблемы со здоровьем оставались незамеченными, игнорировались или неверно диагностировались из-за отсутствия интереса. Напротив, именно одержимость врачей женскими телами, их красотой двигала многие достижения в этой области – порой без особого внимания к тому, что сами женщины думают об этом. На заре становления этой области мужчины-врачи оказа-

---

<sup>4</sup> Софи Лорен – итальянская киноактриса и певица. – *Прим. ред.*

лись уполномочены выступать одновременно как пособниками, так и блюстителями женской красоты, придавая медицинскую легитимность социальному давлению быть красивой. Сегодня косметическая медицина балансирует между расширением возможностей женщин контролировать свое тело и заключением их в золотую клетку изнурительных стандартов красоты.

Несмотря на сегодняшнее восприятие косметической медицины как шикарного досуга для женщин высшего класса, пластическая хирургия берет начало на поле боя среди мужчин. Первыми пациентами были солдаты, а самые начальные и драматичные достижения в этой области представляли собой поиск решения проблемы лицевых травм, полученных на войне. Оружие той эпохи – гранаты, минометы и пулеметы – было беспрецедентным по воздействию на человеческое тело, способным как наносить массивные повреждения, так и буквально взрываться в лицо. Многие выжившие были жестоко обезображены: отсутствующие глаза, раздробленные челюсти, содранная кожа и оголенные кости, оставляющие зияющую черную дыру там, где раньше были нос и щека. Легитимизация пластической хирургии как медицинской области почти точно совпадает с возвращением в общество раненых ветеранов Первой мировой войны. Американская ассоциация пластических хирургов была основана в 1921 году, Американское общество пластической и реконструктивной хирургии – в 1931, а Американский совет пластической хирургии – в 1937. Последний институт ознаменовал прорыв: в следующем, 1938 году, он был официально признан подразделением Американского совета хирургии.

В то же время появление современной анестезиологии полностью изменило как саму природу хирургии, так и пациентов, обращавшихся за ней. До общей анестезии единственным способом перенести операцию было оставаться в полном сознании (или в лучшем случае в ступоре, вызванном алкоголем как обезболивающим), а пациентов привязывали или удерживали, чтобы они не дернулись, когда врач будет осуществлять надрез. Понятие плановой операции было немыслимым; учитывая боль и ужас процедуры, мало кто ложился под нож без крайней необходимости, а врачи ограничивались операциями, направленными на восстановление нормальных функций – жевания, глотания, дыхания, – а не внешнего вида. Но теперь врачи могли оперировать податливых, бессознательных пациентов, которые не дергались, не извивались и не кричали, а обещание проспать самую страшную часть операции привлекало в кабинет пластического хирурга совершенно новый тип людей. У хирургии появилась возможность самосовершенствоваться.

По мере развития этой области хирургии начали разделяться на два лагеря: те, кто делал реконструктивные операции на поврежденных лицах и телах, и те, кто выполнял косметические процедуры на в целом здоровых людях. И здесь граница между медицинским и моральным авторитетом начала размываться. Врачи, долго ценившиеся за свои знания в вопросах здоровья и исцеления, теперь стали также арбитрами эстетики. Красота, как всегда, была в глазах смотрящего, но теперь смотрящий держал скальпель.

«Если солдаты, чьи лица были изуродованы разрывающимися снарядами на поле боя, могли вернуться к почти нормальной жизни с новыми лицами, созданными волшебством новой науки пластической хирургии, почему женщины, чьи лица были разрушены не более взрывоопасной силой, чем рука времени, не могли бы вновь обрести четкие контуры молодости?»

*доктор Макс Торек, пластический хирург, 1943 г.*

Пациенты реконструктивной и косметической хирургии заметно разделились по гендерному признаку. Реконструкция была в основном прерогативой мужчин с обезображенными лицами и рассматривалась как медицинская необходимость, даже когда причина операции была, по сути, социальной: внешность монстра делала мужчину безработным, даже если функционально он мог нормально жить и работать. Но косметические хирурги, принимавшие в основном женщин, воспринимались более широким медицинским сообществом как

нелегитимные: реконструктивные хирурги считались врачами, практикующими медицину, в то время как эстетические – шарлатанами, навязывающими сомнительные и ненужные процедуры некрасивым, доверчивым дамам.

И все же непривлекательная женщина, улучшившая свою внешность, действительно получала социальные и экономические преимущества, подобно мужчине, которому восстановили изуродованное лицо. Для последних нормальная внешность (если не явная красота) была ключом к тому, чтобы оставаться видимыми, трудоустроенными, продуктивными членами общества. Но для женщин, чей доступ к обществу был еще теснее связан не просто с нормальной внешностью, но с сексуальной привлекательностью, косметическая хирургия обещала сделать разницу между одиноким, несчастным существованием на обочине и полноценной, продуктивной жизнью жены и матери.

Мужчины могли сделать операцию и получить работу; женщины могли сделать то же самое и получить мужчину.

Вопрос был в том, как патологизировать положение некрасивой женщины, как представить хирургическое вмешательство для улучшения ее внешности вопросом медицинской необходимости, с той же неотложностью и легитимностью, что и восстановление внешности солдата, чей нос был снесен осколком.

\* \* \*

Весна 1932 года. Толпа, где не хватает мест даже стоя, протиснулась в Большой бальный зал отеля «Пенсильвания» в Нью-Йорке. Зал огромный и роскошный, освещенный массивной хрустальной люстрой, свисающей с потолка, расписанного декоративным мотивом в стиле ар-нуво из переплетающихся кругов. Открытый пол окружен толстыми колоннами, поддерживающими галерею второго этажа; между каждой колонной тянется мраморный парапет высотой по пояс, украшенный сложными рельефными скульптурами и железными перилами сверху. Каждое место в бальном зале занято, и именно на этой галерее столпились, прижимаясь к перилам, оставшиеся зрители, разгоряченные предвкушением зрелища, которое разворачивалось прямо у них перед глазами. На платформе в центре комнаты, шурясь в свете двух огромных прожекторов, стоит Дж. Говард Крам в очках и хирургическом халате с закатанными выше локтя рукавами – но все взгляды прикованы к его пациентке, которая полулежит в кресле рядом с ним.

Мы знаем имя Крама, но не ее, и она не просто анонимна, но еще и бесформенна: белая простыня драпирует ее тело; белый тюрбан скрывает волосы. Верхняя половина ее лица скрыта за бумажной маской с маленькими ромбовидными прорезями, которые не совсем совпадают с ее глазами: виден только один, темно-карий, глядящий на толпу, которая заворуженно смотрит на нее в ответ.

Крам уже проводил эту операцию перед публикой, в этом же бальном зале, когда более тысячи человек наблюдали за ним с изумлением. Его пациенткой в первый раз была шестидесятилетняя актриса по имени Марта Петель, бывшая красавица, чья привлекательность была восстановлена за два дня с помощью процедуры подтяжки лица, которую Крам называет «Голливуд». Но эта операция – нечто большее, особенное. Замаскированная женщина на его столе сегодня – не актриса, а убийца, недавно освобожденная из тюрьмы, где она отсидела двадцать лет за убийство мужа.

\* \* \*

Годы спустя Крам напишет об этой пациентке, вспоминая день, когда она появилась в его кабинете: «Мог ли кто-нибудь не распознать то, что так ясно и определенно отразилось на

ее лице? Следы того, что происходило в ее душе, отпечатались на внешности так же точно, как если бы скульптор высек их в камне».

По его мнению, связь между уродством и преступностью очевидна, даже органична: когда женщина столь явно выглядит как плохой человек, как она может не стать им? И если уродливое лицо порождает уродливый характер, то, несомненно, искупление можно найти в красоте, а вместе с тем и установить легитимность самого Крама как практикующего врача. Когда-нибудь, верит он, стражи медицинского общества наконец откроют свои двери таким докторам, как он. Они поймут, как неправы были, отвергая его, пренебрегая им, называя шарлатаном и мошенником. Когда-нибудь, уверен Крам, весь мир придет к пониманию того, что потрясенная аудитория перед ним так интуитивно чувствует: что некоторые из самых жестоких патологий – те, что проникают лишь на глубину кожи.

Пациентка Крама сидит, ожидая своего преображения. Ее выражение лица, то небольшое, что видно из-за маски, безмятежно. Ее лицо онемело от новокаина. Она готова: стать новой, целостной, стереть все следы человека, который лишил жизни мужчину и провел последние двадцать лет в клетке. Выглядеть как женщина, заслуживающая лучшей жизни, а затем, возможно, получить ее.

Когда опускается скальпель, когда врач делает надрез, она не издает ни звука.

«Хоть пластическая хирургия и не может искоренить внутренние признаки и шрамы в сердце, нет сомнений, что устранение внешних признаков может сделать многое для его исцеления и восстановления».

*доктор Дж. Говард Крам, 1933 г.*

Дж. Говард Крам стал одним из самых известных и востребованных пластических хирургов своей эпохи – и, пожалуй, первым знаменитым пластическим хирургом за десятилетия до того, как идея сама по себе стала привычной. Он первым начал продвигать пластическую хирургию как своего рода зрелищный спорт, и его публичные демонстрации кажутся очевидным предвестником аккаунтов в социальных сетях или шоу радикальных преображений, где в наши дни знаменитые пластические хирурги рекламируют свои услуги по преображению. Когда журнал *New Yorker* писал о его процедуре подтяжки лица в июле 1932 года, текст передавал восхищение, восторг и лишь малейший намек на иронию: «Он не берется за полных женщин и оперирует очень мало мужчин», – отмечал автор, добавляя, что «множество подтянутых женщин никогда не признавались в этом даже своим ближайшим подругам. А своим любопытным мужьям говорят, что порезались в такси».

Возможно, именно потому, что он так опередил свое время, личность, практика и философия Крама оказались слишком дикими для людей из Американской медицинской ассоциации; он так и не получил ни членства, ни уважения, которое оказывали врачам в более «серьезных» медицинских дисциплинах. Несомненно, ему было бы интересно увидеть, как его шоуменство в конце концов нашло отклик у современной аудитории: невозможно не заметить параллели между верой Крама в то, что он может реабилитировать убийцу, сделав ее красивой, и предпосылкой таких шоу, как «Экстремальное преображение»<sup>5</sup> или недолговечное, садистское реалити-шоу под названием «Лебедь»<sup>6</sup>. В последнем «некрасивые» женщины проводили три месяца в доме без зеркал, подвергаясь не только множественным пластическим операциям, но и коучингу, стоматологическому лечению и интенсивной терапии, пока вновь не появля-

---

<sup>5</sup> «Экстремальное преображение» – американское реалити-шоу, которое показывает обычных мужчин и женщин, подвергающихся «экстремальным преображениям», включающим пластическую хирургию, режимы упражнений, парикмахерские услуги и смену гардероба. – *Прим. ред.*

<sup>6</sup> «Лебедь» – американское телешоу начала нулевых, обещавшее превратить заурядных женщин в невероятных красавиц с помощью пластических операций и строгой диеты. Проект признан самым жутким конкурсом красоты в истории телевидения Америки. – *Прим. ред.*

лись преображенными. Финальному показу неизменно предшествовали восторженные отзывы домашнего терапевта о новой жизни участницы, о том, как ее хирургически вылепленные лицо и тело позволили ей начать внутреннее исцеление.

И все же Крам был прав в отношении патологической природы уродства и его влияния на жизнь женщин – тема, о которой он высказывался в 1930-х годах словами, которые звучат жутко (и, возможно, удручающе) современно: несмотря на «нынешнюю всемирную эмансипацию женщины... красивое лицо по-прежнему считается одним из самых ценных активов женщины».

Идея медицинской связи между здоровьем, благополучием и красотой – разбитое сердце внутри, исковерканное лицо снаружи – вскоре стала центральной в практике плановых косметических вмешательств у в целом здоровых женщин. Пластические хирурги искали научно обоснованную легитимность для своей области и стремились дистанцироваться от расплывчатых, субъективных понятий эстетики, переосмысливая свою работу как нечто близкое к психиатрии – только здесь психическая проблема имела хирургическое решение.

Внезапно уродство перестало быть эстетическим вопросом и стало патологическим, болезнью, симптомы которой проявлялись как психологическое состояние – комплекс неполноценности. Непривлекательные черты (или следы возрастных изменений) все чаще переосмысливались как «деформации», делающие пациента неспособным жить нормальной жизнью. Стремление придать научную легитимность косметическим операциям привело к поистине удивительным и часто расистским линиям рассуждения: в какой-то момент критерии диагностики деформации были пронизаны расовыми стереотипами о нежелательности «этнических» черт, поскольку пластические хирурги утверждали, что переделка пациентов для придания им более общего (читай: белого) вида спасет их от преследований, дискриминации и других психологических травм. Забавно, что врачи также утверждали, что пациенту необязательно быть представителем этнического меньшинства, чтобы получить психологическую пользу от этих процедур; с медицинской точки зрения, по их словам, выглядеть как еврей или азиат было так же плохо, как и быть им.

Один из врачей, Максвелл Мальц, зашел так далеко, что даже предположил: студента колледжа, совершившего самоубийство, можно было бы спасти – нужно было просто вовремя исправить его большой, неправильной формы нос.

В 1943 году пластический хирург Макс Торек поэтично высказался о спасительном благе для психического здоровья, которое предлагала доступность косметической хирургии: «Внезапная надежда, захлестывающая женские – а иногда и мужские – сердца, что там, где природа была скупа на дары красоты, нож хирурга мог исправить этот недостаток».

Конечно, именно женщины считались находящимися в наиболее невыгодном положении из-за того, что их обошли стороной, когда природа раздавала красоту. Уравнивание женского уродства с тем типом меняющего жизнь обезображивания, которое заставляло бывших солдат нуждаться в операции, просто чтобы жить как все, работает только в мире, где социальная ценность женщины неразрывно связана с ее внешностью – и не только с ней, но и с сексуальной привлекательностью. И поэтому, возможно, было неизбежно, что взгляд и скальпель пластического хирурга в конце концов будут направлены ниже шеи.

«Фрэнк был очень квалифицированным врачом, но ему нравилась большая грудь».  
*доктор Бернард Паттен, невролог на пенсии и друг доктора Фрэнка Джероу, 2007 г.*

Наступил 1962 год, и доктор Фрэнк Джероу успешно установил первый силиконовый грудной имплантат взрослой пациентке по имени Эсмеральда. Прошло три недели после опе-

рации, без осложнений... за исключением, конечно, того, что сука все время пытается удалить имплантат, прогрызая швы.

А проблема-то была в том, что Эсмеральда – собака. Если Джероу собирался продвигать практику увеличения груди – и, что, возможно, еще важнее, утереть нос своим коллегам из Джефферсон Дэвис, которые в настоящее время работают над созданием искусственного сердца, – ему был нужен человек-испытуемый для проверки своего изобретения.

Как по заказу, Тимми Джин Линдси и ее татуированная грудь ждут его в смотровой комнате прямо по коридору.

Джероу вместе с другом и коллегой доктором Томасом Кронином работает на передовой новой – и совершенно нерегулируемой – области пластической хирургии. Увеличение груди – процедура, все еще находящаяся в зачаточном состоянии, и Джероу уверен, что может улучшить текущие доступные варианты, которые выглядят неестественно, а на ощупь – еще хуже. Именно посещение банка крови вызывает у него озарение: взяв в руку пакет с кровью, Джероу не может не заметить, что тактильное ощущение не отличается от того, как если бы он сжимал женскую грудь.

Он вдохновляется идеей наполнения настоящей груди пакетами, содержащими если не кровь, то похожее на нее вещество, которое увеличило бы их размер, но на вид и на ощупь было бы максимально близко к естественным формам. Следующий прорыв происходит, когда Джероу и Кронин узнают о существовании силикона. Это вещество имеет нужную плотность и дает правильные ощущения. До этого врачи пытались вводить шприцы с силиконом непосредственно в грудную ткань пациенток, часто используя в качестве подопытных молодых жен студентов-медиков. Но результаты были не очень хорошими; силикон оседал неравномерно, а затем обрастал рубцовой тканью, вызывая болезненное затвердение, даже обезображивание. Заключение силикона в оболочку оказывается ключевым решением. Именно такой тип имплантата Джероу и Кронин устанавливают собаке Эсмеральде – а затем, вскоре после этого, двадцатидевятилетней Тимми Джин Линдси.

Джероу уже встречался с Тимми однажды, когда она пришла удалить татуировки. Хотя у нее нет мыслей об увеличении груди, он не может не заметить в ней идеального кандидата: она молода, здорова, и у нее грудь второго размера, которая выглядит... ну, так, как обычно выглядит грудь после того, как женщина родила и выкормила шестерых детей. Но когда Джероу спрашивает свою пациентку, не хочет ли она грудные имплантаты, та решительно сопротивляется. Грудь ее не беспокоит, и к тому же она слышала ужасные истории о женщинах, которые пытались увеличить формы с помощью губчатых имплантатов или инъекций силикона. Она даже знает одну из них – ее двоюродная сестра перенесла подобную процедуру, а в результате лишь стала подтверждением того, что новая грудь не сохраняла форму, а силикон расплывался во время сна.

Но на деле нежелание Тимми Джин Линдси устанавливать импланты не имеет равным счетом никакого значения. Ее врачи хотят, чтобы она их захотела. Им это нужно. И когда она снова отказывается, говоря им, что предпочла бы прижать уши, чем увеличить грудь, Джероу и Кронин парируют, что исправят и их тоже – если она согласится на операцию.

В итоге Тимми покидает больницу, выглядя совсем иначе, чем когда пришла: ее уши больше не торчат. Ее татуировки исчезли. Вместо этого у нее пара едва заметных парных шрамов там, где установили имплантаты – и пара не таких уж незаметных чашечек третьего размера.

\* \* \*

Для врачей, участвовавших в преобразении Тимми Джин Линдси, все закончилось хорошо: успешная операция на согласной, хотя и принужденной к этому пациентке. Когда жур-

налисты *Houston Chronicle* спустя десятилетия разыскали доктора Томаса Биггса, единственного оставшегося в живых члена хирургической бригады, его воспоминания были радужными: «Она доверилась нам без малейших колебаний», – сказал он. Возможно, к тому моменту, когда Линдси оказалась на операционном столе, так оно и было, но, похоже, все упустили из виду тот факт, что процедура не была ее идеей и что на самом деле у нее не было ни малейшего желания ее проводить.

Впрочем, Тимми Джин Линдси была нетипичной пациенткой. Большинство пластических хирургов привыкли иметь дело с пациентами, которые не просто добровольно оказались в их кабинете, но и самостоятельно обратились за их услугами. Когда пациентка переступает порог клиники пластической хирургии, она приходит с определенной целью, с проблемой: горбатый нос, нависшее веко, скошенный подбородок. Здесь нет медицинской загадки, нет озадачивающих симптомов, требующих объяснения. Пациентка приходит с собственным диагнозом, а хирург берется за скальпель.

Эта динамика отношений между врачом и пациентом не только уникальна, но и часто имеет гендерный характер: большинство пациентов пластической хирургии – женщины, и большинство из них получают лечение у врачей-мужчин. В других областях медицины достигнут значительный прогресс в гендерном равенстве; эта же область, несмотря на некоторые постепенные изменения, остается в значительной степени во власти мужчин. Исследование 2017 года показало, что мужчин – пластических хирургов в пять раз больше, чем женщин; в Американском обществе пластических хирургов первый президент-женщина появилась только в 2007 году.

В результате история пластической хирургии – это прежде всего история о врачах-мужчинах, оперирующих пациенток-женщин. Но, что еще важнее, это история о мужчинах, обладающих властью делать женщин красивыми и правом решать, как должна выглядеть «красота».

Развитие новых и усовершенствованных методов пластической хирургии часто определялось личным вкусом врача-мужчины, а не тем, чего хотели сами женщины, а пациентки воспринимались скорее как подопытные, чем как потребители, формирующие спрос.

Разработка, совершенствование и распространение той или иной процедуры всегда зависели от того, найдет ли ее мужчина достаточно интересной, чтобы заниматься ею.

Это касается не только косметических, но и реконструктивных процедур, когда пациентку изуродовало нечто гораздо более жестокое, чем просто течение времени. Еще в середине 1970-х годов многие врачи считали реконструкцию груди у пациенток после мастэктомии<sup>7</sup> легкомысленным и ненужным делом. Мысль о том, что женщины, перенесшие радикальную мастэктомию<sup>8</sup>, могут быть травмированы необратимым обезображиванием своего тела, высмеивалась, в том числе некоторыми из самых уважаемых врачей того времени. Т. А. Уотсон, ведущий радиационный онколог, лечивший пациенток с раком груди, писал в 1966 году, что внушаемые женщины только делают вид, что опустошены потерей груди, лишь потому, что врачи настаивают на расспросах об этом: «Мы часто поражаемся терапевтическим страстям, вызванным тем, что является... поражением поверхностного, легко удаляемого утилитарного придатка».

Отношение Уотсона к реконструкции и к женщинам, которые ее хотели, свидетельствует не только о серьезном отсутствии сострадания («легко удаляемый утилитарный придаток»!!!), но и об однонаправленном мышлении, нацеленном на агрессивное искоренение болезни любой ценой. Врачи трудились для того, чтобы не дать женщинам умереть, а не для того, чтобы

---

<sup>7</sup> **Мастэктомия** – это хирургическая операция, при которой полностью или частично удаляется молочная железа. – *Прим. ред.*

<sup>8</sup> **Радикальная мастэктомия** – это хирургическая операция, при которой полностью удаляется молочная железа, а также подлежащие ткани, включая грудные мышцы (большая и малая) и лимфатические узлы. – *Прим. ред.*

обеспечить качество их жизни после этого. Действительно, нежелание реконструировать грудь после мастэктомии отчасти проистекало из страха врачей пропустить рецидив рака. Поэтому от пациенток просто ожидали, что они смирятся со своим безгрудым телом; в конце концов, по словам Уотсона, они не теряли ничего ценного.

Безусловно, у Уотсона были критики среди онкологов и хирургов того времени, и некоторые врачи не только содрогались от его бессердечности, но и упорно работали над развитием менее травматичных методов лечения – например, лампэктомии<sup>9</sup> и лучевой терапии<sup>10</sup> вместо полной ампутации груди. Но главное достижение – использование грудных имплантатов как реконструктивного решения для женщин, перенесших мастэктомию, – в конечном счете было разработано не врачом, который лечил рак, а пластическим хирургом, питавшим слабость к большой груди.

«Я так горжусь тем, что эта процедура доступна стольким женщинам. Реконструкция – это не тщеславие. Я считаю, это необходимость. Грудь снова выглядит наполненной. Я очень рада, если силиконовые имплантаты доктора Джероу положили этому начало».

*Тимми Джин Линдси, New York Daily News, 2012 г.*

На протяжении многих лет журналисты часто обращались к Тимми Джин Линдси, чтобы она вспомнила о своей роли подопытного кролика доктора Джероу. Общие представления и государственное регулирование в отношении силиконовых имплантатов продолжали развиваться с тех пор, как Линдси перенесла операцию; тысячи женщин в итоге подали иски против Dow Corning, производителя, утверждая, что их имплантаты вызвали заболевания соединительной ткани и рак, и FDA<sup>11</sup> поспешно запретило силиконовые имплантаты в 1992 году (мораторий был снят четырнадцать лет спустя). Но хотя имплантаты Линдси со временем кальцифицировались, она никогда их не удаляла. И когда ее спрашивали, что она думает об операции сейчас, суть ее комментариев была неоднозначной. В одном случае она сказала, что считает привилегией то, что ей предложили операцию, по-видимому не осознавая, что она тоже кое-что дала врачам. И хотя она свидетельствовала о возросшем внимании со стороны мужчин, которых привлекла ее новая грудь, в интервью, которые она давала в более зрелом возрасте, Тимми утешалась и гордилась тем, что ее участие в этой экспериментальной операции могло помочь нормализовать процедуру для пациенток после мастэктомии.

Можно утверждать, что силиконовые имплантаты Джероу действительно сыграли большую роль в реконструктивных операциях для женщин, потерявших грудь из-за рака. Но сам Джероу никогда не рассматривал имплантаты в таком альтруистическом ключе; он был просто парнем, которому нравилась грудь и особенно нравилась идея сделать грудь больше. Целевой аудиторией для его операции были не онкологические пациентки, а женщины, чья грудь обвисла после родов.

Как и многие мужчины, упомянутые в этой книге, Джероу сумел положительно повлиять на свою область не благодаря благим намерениям, а вопреки некоторым глубоко сомнительным. После того как они с Кронином запатентовали свою технологию имплантатов, оба врача отправились в поход за легитимизацией операций по увеличению груди, используя ставшую теперь знакомой логику о том, что маленькая грудь – это ограничивающая жизнь деформация.

---

<sup>9</sup> **Лампэктомия** – это операция по удалению опухоли молочной железы, при которой удаляется только часть железы, а не вся грудь. – *Прим. ред.*

<sup>10</sup> **Лучевая терапия, или радиотерапия**, – это метод лечения рака, в котором используется ионизирующее излучение для уничтожения раковых клеток или уменьшения их роста. – *Прим. ред.*

<sup>11</sup> **FDA (Food and Drug Administration)** – управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов. Федеральное агентство США, которое занимается контролем и надзором за безопасностью и эффективностью пищевых продуктов, лекарственных средств, медицинских устройств, косметики и других продуктов. – *Прим. ред.*

Замечания Джероу на Третьем международном конгрессе пластической хирургии в 1963 году не оставляют сомнений в том, где были его приоритеты:

«Уже несколько лет, по крайней мере в Соединенных Штатах, женщины озабочены своей грудью. Возможно, это во многом связано с огромным количеством публичного внимания, которое уделяется некоторым киноактрисам, которых природа щедро наградила большим размером груди. Многие женщины с ограниченным развитием молочных желез крайне болезненно реагируют на такое положение вещей, очевидно чувствуя себя менее женственными и, следовательно, менее привлекательными. Хотя большинство таких женщин довольствуются или, по крайней мере, мирятся с „накладками“, вероятно, все они были бы счастливее, если бы каким-то образом могли получить приятное увеличение изнутри».

Если представление о том, что маленькая грудь – это деформация, требующая хирургической коррекции, кажется абсурдным, то в области пластической хирургии оно таковым не считалось. Врачи переименовали состояние малой груди в пугающий медицинский термин «микромастия», который быстро стал повсеместным в медицинских справочниках и учебниках. Через двадцать лет после того, как Джероу и Кронин убедили Тимми Джин Линдси позволить им установить имплантаты в ее грудь, Американское общество пластической и реконструктивной хирургии обратилось в FDA с просьбой дерегулировать силиконовые имплантаты как вопрос медицинской необходимости, описывая маленькую грудь не просто как деформацию, а как заболевание: «Мы наблюдаем существенный и растущий объем медицинской информации и мнений, однако, о том, что эти деформации на самом деле являются заболеванием, которое у большинства пациенток приводит к чувству неполноценности, отсутствию уверенности в себе, искажению образа тела и полному отсутствию благополучия из-за недостатка самовоспринимаемой женственности. Увеличение женской груди, следовательно, часто очень необходимо для обеспечения улучшенного качества жизни пациентки».

И так, пока такие врачи, как Т. А. Уотсон, все еще осуждали эгоистический нарциссизм женщин, которые скорбели о потере своих «поверхностных, легко удаляемых утилитарных придатков» – даже когда они спасали их жизни, – Фрэнк Джероу не только стал пионером практики увеличения груди, но и внедрил в общественное сознание идею о том, что это жизненно важная, даже медицински необходимая процедура. Он не просто увеличивал женщинам грудь. Он дал им разрешение заботиться о том, как выглядит их грудь, верить, что это не легко удаляемые придатки, а ценный и жизненно важный актив их женственности, здоровья, счастья.

«Многие люди, не без оснований, думали, что триумф феминизма отодвинет красоту на задний план в том, что касается ее важности в жизни женщины. Но сила красоты непобедима, как любовь или смерть».

*доктор Дж. Говард Крам, 1929 г.*

Существует талмудическая пословица, которую когда-то популяризировала Анаис Нин, всемирно известная французская писательница-дневниковед и гедонистка: «Мы видим вещи не такими, какие они есть, а такими, какие мы есть». Но когда Нин смотрела в зеркало, она видела нечто иное: физические несовершенства, которые уже сдерживали ее и которые только еще больше снизят ее ценность для общества по мере старения. Фактически Нин дважды перенесла косметическую операцию: ринопластику в тридцать лет и подтяжку лица немного позже. Операция на носу, которую она сделала в начале – середине 1930-х годов, была все еще довольно необычной в то время, и Нин полностью осознавала, что рискует навсегда испортить свое лицо в стремлении сделать его немного красивее; она писала в своем дневнике, что планирует разорвать связи практически со всеми и уйти из публичной жизни, если операция пойдет не так. И все же, когда она проснулась и посмотрела в зеркало, ее реакция была чистым восторгом: «И вот наступил момент, когда я увидела свой нос в зеркале, окровавленный и прямой – греческий!»

Задолго до того, как случайные подтяжки и подрезки вошли в моду, у Нин было такое же интуитивное понимание, как у Крама, относительно местонахождения ее социальной ценности: не в сердце и не в творчестве, а на поверхности кожи. Также ключевым для понимания Нин было то, что красота была тем, к чему она могла стремиться, но не определять, потому что привлекательность – это не только о красоте, но о желанности. И кто решал, что было желанным?

Мужчины, конечно.

Сто лет прогресса, как в феминизме, так и в медицине, ничего не сделали для разрешения напряженности вокруг косметической хирургии. С одной стороны, мы воображаем, что женщины наделены возможностью изменить свою внешность – за исключением того, что это «наделение возможностями» принимает форму полного и абсолютного подчинения, женщина лежит без сознания на столе, пока едва знакомый ей человек с лезвием режет ее податливую плоть.

Как нам относиться к противоречащим представлениям о том, что красота – самое поверхностное и пустое из стремлений и в то же время она является величайшим активом, который может иметь женщина?

Сегодня этот парадокс лучше всего иллюстрируется ростом медицинских спа-салонов, учреждений, которые полностью воплощают напряжение между медициной и эстетикой, здоровьем и красотой. Но медспа – это просто последняя итерация давней традиции, согласно которой одобрение врача работает на статус серьезности, легитимности процедур красоты: Palmolive, например, с 1946 по 1953 год размещала рекламу, продвигая его как одобренный врачами продукт, обещая «более прекрасный цвет лица» в контексте идеи о том, что чистая кожа – признак хорошего здоровья. Это закономерность, встречающаяся на протяжении всей истории. В 1962 году женщину на установку имплантов уговаривает врач, одержимый идеей о красоте именно большой груди, а ведь она их никогда не хотела и не просила; в 1983 году медицинское сообщество проповедует медицинскую необходимость в увеличении груди; а к 2010 году установка грудных имплантатов становится самой популярной косметической операцией в Соединенных Штатах.

Пластическая хирургия сегодня регулируется гораздо строже, чем когда доктор Джероу установил непроверенные имплантаты в грудь Тимми Джин Линдси в 1962 году. Но наследие тех ранних дней все еще с нами – включая процесс, посредством которого нормальное, здоровое тело женщины патологизируется как деформация, нуждающаяся в хирургическом исправлении, и где «идеал» основан столько же на том, чего желают мужчины, сколько на том, чего хотят женщины.

«Эта куколка с изгибами пришла на полную абдоминопластику<sup>12</sup> и BBL<sup>13</sup> с „Липосакцией 360“. После операции прошел всего месяц, и она в восторге от результатов. Доктор точно понял, что ей было нужно».  
*доктор Эндрю Джимерсон II, пост в социальных сетях, 2022 г.*

Его зовут Эндрю Джимерсон, но все называют его «Доктор Соблазнительные Формы» – под таким именем он ведет свой блог в социальных сетях, где рекламирует подтяжки ягодиц, грудные имплантаты и другие косметические операции более чем полумиллиону подписчиков. Посты игривые, дерзкие, откровенно провокационные. На одном видео пациентка сидит в кресле для осмотра, с сожалением смотрит в камеру, над ней значится текст: «Я бы никогда

---

<sup>12</sup> **Абдоминопластика** – хирургическая процедура, направленная на улучшение контура и внешнего вида живота. Она включает в себя удаление избыточной кожи и жира, а также укрепление мышц брюшной стенки. – *Прим. ред.*

<sup>13</sup> **BBL-процедура** – это фототерапия с использованием широкополосного света (BroadBand Light), которая используется в косметологии для омоложения кожи и решения различных эстетических проблем. – *Прим. ред.*

не стала танцевать ради BBL». Она качает головой и рассекает воздух рукой универсальным жестом «нет». Но затем видео переключается на фотографию Джимерсона, улыбающегося и привлекательного в медицинской форме. Текст гласит: «А если я буду твоим врачом?»

Видео возвращается к пациентке: она стоит на кресле, ее больничный халат распахнут, открывая черное хирургическое белье, она извивается и трясется, смеется и показывает язык. В подписи говорится: «Вот видишь, если это делает Доктор Соблазнительные Формы – совсем другая история».

У поста тысячи и тысячи лайков и сотни одобрительных комментариев, большинство из них от женщин. Типичный ответ гласит: «Черт, ради BBL я и не только сплясать готова», за которым следуют три смеющихся до слез эмодзи.

В любой другой области было бы необычно, если не непристойно, для врача полагаться на собственную сексуальную привлекательность, чтобы убедить пациентов на дорогостоящую плановую операцию. Но в сфере, где отношения между врачом и пациентом все еще часто разделяются по гендерному признаку, тенденции в пластической хирургии по-прежнему тесно связаны с мужскими желаниями, их представлениями о красоте – и женщины, обращающиеся за косметической хирургией, часто полностью принимают эту динамику. Мнение врача-мужчины становится отражением желаний мужчин в целом; компетенция пластического хирурга заключается не только в технике операции, но и в умении подсказать пациенткам, как они должны выглядеть, чтобы быть желанными для мужчин.

В то же время само понятие красоты претерпело радикальные изменения под влиянием роста социальных сетей, расцвета культуры инфлюенсеров и вездесущности порнографии среди прочих факторов. В некоторых случаях новые стандарты красоты формируются женщинами и могут считаться позитивными, соответствуя возросшему разнообразию внешности и типов телосложения, которые считаются привлекательными, а также возросшей доступности косметических процедур.

Мы прошли долгий путь с тех времен, когда врачи считали, что слишком «этническая» внешность – это психологически травмирующая деформация, требующая хирургической коррекции.

Но во многих случаях желания мужчин, их особые предпочтения, все еще остаются преобладающим фактором в операционной. Чем были грудные имплантаты для 1960-х, тем бразильская подтяжка ягодиц является сегодня – не только с точки зрения преобразования женских тел в карикатуру сексуальной привлекательности, но и в плане нерегулируемой, похожей на Дикий Запад атмосферы вокруг этой процедуры. По мере того как популярность и заметность BBL росли, развивалась и кустарная индустрия «дисконтных» хирургических центров, предлагающих пакетные процедуры, и нелегальных реабилитационных центров, продающих пациенткам после операции пакеты услуг с названиями вроде «Мечта», «Персик» и «Обольстительница» (последний включает трансфер из аэропорта и обратно, а также транспортировку на операцию и после нее. Операцию, которую пациентки совершают лежа лицом вниз на матрасе в кузове неприметного фургона). В конце концов ситуация стала настолько критической, что Американское общество пластических хирургов создало специальную группу для ее решения, стандартизовав методики для повышения безопасности BBL, но до этого момента процедура была печально известна ужасающим показателем смертности: одна из каждых трех тысяч пациенток.

И все же женщины продолжают не только обращаться за этими процедурами, но и активно участвуют в их рекламе будущим пациенткам, демонстрируя свои результаты в видеороликах, которые монтируются, озвучиваются музыкой и распространяются по интернету пластическим хирургом и его командой по работе с социальными сетями. Если докторам Джероу и Кронину приходилось уговаривать Тимми Джин Линдси на имплантаты после случайной

встречи в больнице, то такие врачи, как Джимерсон, находят женщин в социальных сетях, набирая тысячи просмотров фотографиями и видео преобразений пациенток. Смещение акцента с груди на ягодицы в культуре красоты также перевернуло существующий хирургический конвейер: если раньше хирурги увеличивали женщинам грудь, используя жировые трансплантаты из ягодиц, то бразильская подтяжка преобразует ягодицы, используя избыточный жир из верхней части тела.

\* \* \*

А еще есть лабиопластика<sup>14</sup>, для которой один из самых популярных поисковых запросов – «вагина Барби». Как и грудные имплантаты прошлого, лабиопластика – это хирургическое решение того, что лишь недавно стало считаться реальной проблемой: женщины, которые находят свои гениталии визуально неприятными, обычно из-за асимметричных или нежелательно длинных малых половых губ. В последние годы количество женщин, делающих лабиопластику, выросло на 40%; еще десять лет назад об этом практически никто не слышал. И хотя есть функциональные причины для проведения процедуры (лабиопластика особенно популярна среди велосипедисток, у которых выступающие половые губы могут вызывать дискомфорт или (реже) травмы во время езды), подавляющее большинство женщин называют эстетические причины для желанной операции, что поднимает вопрос о том, чья именно эстетика должна диктовать внешний вид части тела, которая редко находится в положении, позволяющем ее увидеть кому-либо, включая саму женщину.

Социальные факторы, побуждающие женщин обращаться за этой процедурой, многочисленны, но готовность врачей ее предоставлять – это другой вопрос, вызывающий неприятные ассоциации с ранней практикой легитимизации операций путем описания здоровых, функциональных частей тела как медицинских деформаций. Сколько женщин, приходящих в кабинеты врачей в поисках лабиопластики, все еще выбрали бы эту процедуру, если бы знали, что более длинные или асимметричные половые губы – это не исключение, а нечто, присущее большинству женщин? Сколько врачей, зная это, все еще оперировали бы пациенток, запрашивающих «вагину Барби»?

Но если медицинское образование учит врачей распознавать разнообразие «нормальных» форм и размеров, когда речь идет о других частях тела – включая, что примечательно, мужские пенисы, – не существует аналогичного признания нормального разнообразия женских гениталий, и эта информация недоступна никому, кто мог бы попытаться ее найти. Среднестатистический студент-медик видит немного вульв; его образование может включать один покойный труп женского пола, одну массово производимую пластиковую модель женских гениталий, один анатомический учебник, который служит только для того, чтобы научить, как женские генитальные структуры функционально сравниваются с мужскими (половые губы аналогичны мошонке, клитор – головке пениса и так далее), и одну ограниченную гинекологическую практику. Практически отсутствует обучение анатомическому разнообразию – пробел в знаниях, только усугубляемое табу на наблюдение врачами (или сравнение) формы, размера и эстетического вида частей тела пациента. И в целом хороший совет в любой другой ситуации – «не надо пялиться!» – в данном контексте превращается в пробел в знаниях со всеми вытекающими последствиями.

В целом среднестатистический выпускник медицинского вуза входит в индустрию, где женская генитальная косметическая хирургия находится на беспрецедентном подъеме, но без малейшего представления о том, как может варьироваться нормальная анатомия от случая к

---

<sup>14</sup> **Лабиопластика** – это хирургическая операция, направленная на изменение формы и размера половых губ, как больших, так и малых. – *Прим. ред.*

случаю, без необходимых знаний для того, чтобы успокоить сомневающуюся в необходимости операции пациентку и убедить ее, что с медицинской точки зрения с ней все в порядке. Вместо этого у них есть, основанное на некоей комбинации личного опыта и просмотра порнографии, крайне персонализированное и, вероятно, ошибочное представление о том, как «должны» выглядеть половые губы.

И действительно, мы не можем говорить о лабиопластике или о ее преобладании в области пластической хирургии, не упомянув порнографию. Здесь, опять же, мы видим, как на хирургические стандарты влияет не то, что является здоровым, а то, что считается привлекательным: в большинстве случаев лабиопластика имеет очень мало общего с медицинской необходимостью и очень много – с тем, что мужчинам нравится разглядывать. Врачам долго было трудно понять, что женские гениталии могут иметь нормальное разнообразие форм и размеров, в истории, пропитанной не только женоненавистничеством, но и немалой долей расизма. Лабиопластика, несомненно, имеет свои корни в культурно нагруженных представлениях о «цивилизованной» вульве в противовес «дикарской», восходящих к XVIII веку, когда увеличенные половые губы некоторых африканских женщин окрестили «готтентотским передником» и считали признаком расово-специфической сексуальной распушенности.

Один колониальный путешественник в Южной Африке в конце 1800-х сетовал, что встреченные им там женщины неохотно позволяли ему детально осматривать их гениталии, казалось удивляясь тому, что женщина, чья традиционная одежда оставляла открытыми ноги и живот, тем не менее не была в восторге, когда незнакомец разглядывал или ощупывал ее интимные места. Попытки заплатить женщинам за осмотр, писал он, «отвергались с презрением почти обнаженными готтентотскими девушками». С теми женщинами, которые соглашались, обращались как с человеческими диковинками и часто жестоко эксплуатировали. Одну женщину, Сару Баартман, хирург Александр Данлоп привез в Англию и выставил обнаженной на публике – или, для избранных состоятельных семей, приводил в их дома, где покровители могли заплатить за то, чтобы прикоснуться к ней. Унижение, причиненное Баартман, продолжалось даже после ее смерти: вместо погребения ее останки выставлялись в Музее человека в Париже вместе с восковым слепком ее половых губ.

Современная медицина не слишком продвинулась в этом вопросе: в 1975 году профессор сэр Норман Джефкоут, врач и бывший президент Королевского колледжа акушеров и гинекологов, сравнил удлиненные малые половые губы с собачьими ушами и ошибочно заключил, что женщины вызывают это состояние чрезмерной мастурбацией. Почти пятьдесят лет спустя сохраняется представление о том, что более длинные половые губы отражают распушенность или сексуальную неразборчивость, особенно среди религиозных консерваторов, все еще ведущих войны за чистоту.

Как ни странно, культурный прорыв концепции «дизайнерской вагины» – что, вероятно, предвещало популярность лабиопластики – произошел в 2008 году на фоне сексуального скандала, приведшего к отставке губернатора Нью-Йорка Элиота Спитцера. Эскортница, с которой был связан Спитцер, Эшли Дюпре, как сообщалось, обладала «самой красивой вагиной в Нью-Йорке», что привело ко множеству спекуляций о том, как именно должна выглядеть красивая вагина. И даже сейчас, в золотой век лабиопластики, человеком, у которого с наибольшей вероятностью может встретиться одна из тех идеально симметричных, сдержанных вульв, будет порнозвезда (ирония, которая, похоже, ускользает от участников этой конкретной культурной войны). В конечном счете у медицины все еще нет стандарта для определения того, как выглядит «нормальная» вульва, но культура полностью изменила свое мнение о том, какие типы половых губ следует выставлять напоказ.

«В пластической хирургии все еще присутствует некоторый патернализм. Но есть также пациентки, которые ищут именно такого взаимодействия между врачом и пациентом. Они могут делать операцию,

чтобы выглядеть более привлекательно для мужчин, и они ценят точку зрения хирурга-мужчины, говорящего: „Вот как вы будете выглядеть“ и „Это будет выглядеть великолепно“».

*доктор Авива Премингер, пластический хирург, Нью-Йорк, фрагмент интервью 2022 г.*

Корректирующие косметические операции на груди, которые выполняет Авива Премингер – а она выполняет их много, – часто проистекают из одной и той же проблемы: они слишком большие. Достаточно большие, чтобы иногда вызывать повреждение тканей, или просто больше, чем хотела пациентка. В некоторых случаях проблема субъективна и эстетична. Врач считал, что чем больше, тем лучше, красивее, а пациентка, предпочитавшая имплантат меньшего размера, либо уступила, либо просто не поняла, что ее мнение было проигнорировано.

\* \* \*

Премингер понимает лучше, чем кто-либо другой, насколько важно найти баланс между красивым и возможным, и знать, когда косметическая процедура может зайти слишком далеко, нарушая функциональность. Слишком большие имплантаты – это одна крайность; чрезмерно усердная лабиопластика – другая.

«Малые половые губы имеют функцию», – говорит она – факт, который пациентки, похоже, не всегда осознают. Если удалить слишком много ткани, пациентка может испытывать хронические выделения из влагалища, раздражение, потерю чувствительности и изнуряющую боль. И хуже всего то, что эта проблема не имеет простого решения.

Один из основополагающих принципов пластической хирургии заключается в том, что относительно легко удалить ткань из тела, но крайне сложно добавить ее обратно. По этой причине, когда Премингер выполняет лабиопластику, она отговаривает пациенток от эстетики «вагины Барби», которая может создать медицинскую проблему там, где ее раньше не существовало.

В таких случаях, как неудачная лабиопластика или слишком большой грудной имплантат, вопрос о том, чья это была идея, в конечном счете не имеет значения. Независимо от того, уговорили ли женщину на неразумную процедуру или она сама ее запросила, работа Премингер и подобных ей врачей – отговорить от нее или исправить проблему, созданную кем-то другим.

\* \* \*

С другой стороны, в этой области все еще заметны тревожные отголоски пластических операций прошлого. Есть множество инфлюенсеров, публикующих рекламные видео о том, что ботокс – это форма заботы о себе; или пациентка с грудными имплантатами, в хирургической шапочке и уже с установленным внутривенным катетером, пританцовывающая для подписчиков своего врача в социальной сети перед тем, как подействует общий наркоз; а также общепринятое понимание, мало обсуждаемое, но широко признанное, что операции по установке грудных имплантатов имеют тенденцию к увеличению размера, когда их выполняют мужчины.

Снова вспоминается Тимми Джин Линдси, которая говорила, что предпочла бы прижать уши, чем увеличить грудь.

И вспоминается ее врач, предающийся ностальгии: «Она доверяла нам без малейших колебаний».

Как помнят своих пациенток врачи, чью работу исправляет Премиингер? Верят ли они, что дали пациенткам то, чего те хотели? Думают ли они, что лучше самих женщин знали, чего те хотят?

Достаточно лишь сравнить цифры – количество пластических операций, выполняемых за год, с количеством неудовлетворенных пациенток – чтобы понять, что косметическая хирургия теперь занимает постоянное место в нашем социальном пространстве. Многие женщины выбирают хирургическое вмешательство, и лишь немногие когда-либо сожалеют об этом. Цифры только растут по мере того, как процедуры становятся лучше и дешевле; косметические хирурги, чья практика когда-то опиралась на реконструкцию изуродованных лиц солдат, уступили место медицинским спа-салонам, где лицензированные косметологи раздают инъекции женщинам во время обеденного перерыва. Рядом с этими новыми процедурами возник изящный эвфемистический словарь: подтяжка, наполнение, разглаживание, заполнение. Все это звучит так мягко, что, кажется, почти не имеет отношения к медицине, а больше говорит о заботе о себе. И все же мы пока не приблизились к тому, чтобы распутать клубок желаний женщин относительно их лиц и тел от того, что врачи, мужья или социальное давление могут говорить им о том, чего они должны хотеть.

«Можно осуждать давление, которое женщины испытывают, чтобы соответствовать стереотипному стандарту красоты, и в то же время защищать их право принимать собственные решения».

*доктор Марсия Энджелл, главный редактор New England Journal of Medicine, 1992 г.*

Я встречаю Амриту в обычный день, но она необычная пациентка: получив диагноз рака в своем родном штате, она проделала путь более тысячи миль до Нью-Йорка за вторым мнением. Она одна; ее муж остался дома с их детьми-подростками. Больше всего поражает то, насколько она собрана, несмотря на явную усталость от вчерашней поездки. Ее волосы уложены, на ней аккуратный макияж, а матовая сливовая помада очень идет к ее темно-коричневой коже.

Несмотря на метастатический рак, распространившийся на кости, Амрита чувствует себя на удивление хорошо. Самая большая сложность ее состояния – это неопределенность: наличие новых и эффективных методов лечения ее болезни означает, что она может жить нормальной, здоровой жизнью еще много лет, но рак также может мутировать, начиная с одной устойчивой к лечению клетки, которая распространится как пожар и убьет ее в течение нескольких месяцев. В этом плане я не могу предложить ей больше уверенности, чем врачи в ее родном штате, но Амрита изящно справляется с нашим трудным разговором, задавая пронизательные вопросы и сохраняя самообладание. Только когда я собираюсь уходить, она говорит, что у нее есть еще один вопрос, – и раздражается слезами.

«Мне слишком стыдно спросить об этом своего онколога дома», – говорит она, и какое-то время я боюсь, что она не сможет заставить себя спросить и меня. Требуется много уговоров и несколько ложных стартов, прежде чем она наконец рассказывает, что ее беспокоит: она отчаянно хочет сделать ботокс, но не знает, можно ли это делать во время химиотерапии.

Амрита снова начинает плакать: она говорит, что знает – ей следует быть благодарной уже за то, что она жива, что ей стыдно признаться, насколько важна для нее внешность. Но, конечно, это важно. Моя пациентка уже живет с бременем знания о том, что ее убьет. Она видела его тень на своих снимках. Почему она должна видеть его и на своем лице каждый раз, когда смотрит в зеркало? Почему бы ей не сделать этот маленький шаг, чтобы выглядеть менее старой, менее больной, менее преследуемой знанием, с которым она уже живет? Рак уже отнял так много: здоровье, душевное спокойствие, неизвестное количество лет. Отказываясь

позволить ему забрать свою красоту, Амрита не просто дарила себе более молодой внешний вид; она возвращала себе чувство контроля над своей жизнью.

В конечном счете направление к дерматологу, которое я выписала ей – вместе с уверением, что ботокс не мешает лечению рака, – было самым важным медицинским советом, который я дала в тот день.

Врачи могут забывать, что у наших пациентов есть жизнь за пределами их приема, жизнь, в которой то, как они выглядят снаружи, имеет гораздо большее значение в повседневности, чем то, насколько они здоровы внутри.

Действительно, это сложное взаимодействие между красотой и здоровьем может составлять разницу между пациентом, который живет, и тем, кто попросту выживает. Задолго до того, как я стала практикующим онкологом, будучи студенткой-медиком, работающей в Онкологическом институте Дана – Фарбер, я поняла, что косметические вмешательства были той точкой, где мы могли узнать пациентов как людей, а не просто как набор неисправных частей тела, нуждающихся в починке. Бутик при институте, где пациенткам подбирали парики и грудные протезы, ничего не делал для лечения самого рака, но эти вмешательства, гораздо больше, чем радио- или химиотерапия, заставляли женщин снова чувствовать себя целостными. Одинокая девушка, тридцати с небольшим лет, которая не знала, как она будет снова встречаться с мужчинами после мастэктомии, или мать, плачущая, объясняя, что ее дети напуганы тем, как она выглядит без волос и ресниц, – эти пациентки переживали разрушение чувства собственного «я», которое было столь же изнуряющим, как и любой другой симптом рака, только эти симптомы многие врачи отказывались воспринимать всерьез. Во время моей ординатуры я содрогалась, когда коллеги-врачи насмешливо говорили «Это просто волосы, они отрастут» пациентке, которую химиотерапия так изменила, что ее отражение в зеркале выглядело как чужое. Как бы далеко мы ни ушли от времен, когда врачи называли ампутированную грудь «бесполезными придатками», уродливое наследие тех дней пробуждается каждый раз, когда мы осуждаем пациентку за якобы тщеславие из-за того, что она заботится о своей внешности. И если косметические хирурги давно придерживаются этоса, что эстетика имеет значение, онкологии и другим областям медицины еще предстоит много наверстать в том, как мы оцениваем влияние лечения на качество жизни наших пациентов – где психологические и косметические проблемы столь же значимы, как побочные эффекты для здоровья или токсичность препаратов. Даже сейчас методы лечения, которые могут помочь предотвратить выпадение волос у некоторых пациентов, проходящих химиотерапию, могут игнорироваться врачами или считаться бесполезными с точки зрения страховых компаний, которые отказываются покрывать связанные с ними расходы.

Насколько бы глубоко я ни стремилась понять сам рак на микроскопическом уровне, я каждый день напоминаю себе: коварство этой болезни не в том, насколько она смертельна, а в том, как она разрушает жизнь женщины, ее чувство собственного «я» – внешне, внутренне и во всем, что находится между этими понятиями. Для некоторых пациенток самая большая вежа в их лечении – это не чистые снимки, не успешная операция; это день, когда они просыпаются и обнаруживают, что их волосы, брови и ресницы наконец начали отрастать. Это момент, когда они заканчивают делать татуировки сосков на реконструированной груди. Когда они смотрят в зеркало и видят в нем свое собственное отражение.

«Знаете, мы живем в обществе!»

*Джордж Костанза, сериал «Сайнфелд», эпизод «Китайский ресторан», эфир 1991 г. на NBC*

«Банальные мужские кризисы среднего возраста с одержимостью тачками и романами на стороне воспринимаются как неловкие, лихорадочные

попытки ухватиться за молодость, конечно, – но не настолько неловкие, как женщина, пытающаяся вернуть себе лицо 1985 года».

*Фрэнсис Доддс, журнал Coveteur, 2018 г.*

Наши напряженные отношения с тщеславием и эстетикой в медицине отражают наши напряженные отношения с этими вещами на общественном уровне: существуют правила и ожидания, часто противоречащие друг другу. Трудно понять, где провести границу между деформациями, «достойными» исправления, и просто нежелательными чертами, которые таковыми не являются, и это еще до того, как мы рассмотрим изменения во внешности человека, вызванные болезнью, травмой или возрастом. Тот факт, что женщина может сделать косметическую операцию, чтобы улучшить те или иные черты, никак не решает моральную дилемму о том, должна ли она это делать, особенно когда общественный консенсус так часто говорит, что делать она этого не должна, что есть что-то вульгарное в покупке красоты или в ее возвращении, когда она начинает увядать. Даже когда наше общество фетишизирует молодость или ее видимость, открытое признание этого факта – что возраст действительно оставляет на нашем лице свои следы – все еще ощущается как нечто «слишком откровенное», нечто за гранью.

Женщинам говорят, что они должны стареть достойно. И все же понятие достойного старения требует изящества в форме своего рода пассивности, которая подсознательно приписывается как отличительная женская черта, стоящая в одном ряду с пухлыми губами и упругой грудью. Альтернатива взаимодействию с медицинским сообществом в этом случае – смирение. Выбор не бороться с капризами времени, гравитации, чрезмерного смеха, курения или солнечного света. А почему? Потому что косметическая хирургия слишком дорога? Слишком болезненна?

Или потому что она незаслуженна?

После стольких лет мы остаемся захваченными теми же вопросами легитимности, которые преследовали эстетическую медицину на заре ее развития: когда наступает тот момент, когда следует вмешаться? Поверхность тела не просто защищает нас от внешнего мира; это посредник, через который мы познаем мир, а он познает нас. Некоторые люди рождаются красивыми, и мир сразу встречает их с распростертыми объятиями; кому-то повезло меньше, и их принимают с меньшей снисходительностью. Если врач может превратить кого-то из последней категории в первую – если сама пациентка стучится в дверь косметического хирурга с такой просьбой – кто мы такие, чтобы отказывать им?

Если тела женщин – это поле битвы, как нам говорят, значит, благородство и та самая изящность состоит в том, чтобы поднять белый флаг и просто уехать в закат, со всеми морщинами и прочим наследием уходящей жизни. Но тогда, по этой логике, эстетические хирурги могут выступать в роли соратников, воинами, храбро сражающимися бок о бок с теми, кто отказывается уходить тихо, помогая женщинам взять под контроль свои черты лица, контуры тела, само воздействие времени.

Все это усложняется тем фактом, что косметические операции часто дают силу женщинам, которые их выбирают, буквально наделяя их большим влиянием, чем если бы они оставили свои лица нетронутыми, непривлекательными или состарившимися. Плохая подтяжка лица может стать поводом для насмешек, но хорошая принесет вам что-то неизмеримое: еще несколько лет быть видимой в мире, где женщин определенного возраста просто перестают замечать.

И конечно, в наши дни женщины, появляющиеся в медицинских спа-салонах и кабинетах хирургов, чаще приходят в сопровождении своих матерей, чем мужчин.

\* \* \*

Симран было двадцать шесть лет, когда она узнала, что смерть идет за ней. Причины для беспокойства были всегда: у ее матери диагностировали рак груди в тридцать три года. У других женщин в ее семье, тех, что все еще жили в Индии, были похожие истории: рак груди, рак яичников, общая история агрессивных злокачественных опухолей, предполагающая генетическую связь. Когда у ее матери обнаружили одну из мутаций BRCA<sup>15</sup>, вызывающих рак груди, это не стало сюрпризом.

Когда у Симран обнаруживают ту же мутацию, начинается обратный отсчет. Как врач паллиативной помощи, она понимает лучше большинства, что поставлено на карту. Рак практически неизбежен, если она не сделает операцию, причем в ближайшее время; возраст матери на момент диагноза – это не просто трагедия, а ориентир, дата, к которой ей нужно удалить грудь, если она надеется избежать той же участи. Все врачи дают ей один и тот же совет: родить детей, затем сделать мастэктомию – а потом, говорят они, поставить грудные имплантаты.

Но Симран не хочет имплантаты. И она не будет их ставить, что бы они ни говорили.

\* \* \*

«О, это было ужасно. Просто ужасно», – говорит Симран. Прошло два года после ее операции, но воспоминания об этом моменте все еще живы, ее гнев и разочарование все еще ощутимы.

Дни, когда врачи пожимали плечами, говоря о мастэктомии как о пустяковой потере «бесполезных придатков», давно прошли. То, что пациентка должна пройти реконструкцию с помощью либо жировых трансплантатов, либо имплантатов, не просто поощряется, а предполагается; когда Симран начала планировать мастэктомию, пластический хирург, которого она посетила, даже предложил включить реконструкцию в ту же процедуру, заменив удаленную ткань груди имплантатом. «Он, по сути, сказал: „Да, прямая установка имплантата – лучший вариант для вас, учитывая, знаете, что вы молодая, здоровая, красивая“, это были буквально его слова», – говорит она.

Симран уже знала, что имплантатов в ее будущем не будет. Как врач, она слишком хорошо понимала не только свои медицинские варианты, но и вероятные результаты того, что она могла бы выбрать, и у нее были всевозможные причины не заменять отсутствующую грудь силиконом. У нее всегда была маленькая грудь, особенно после рождения детей. Ей не нравилась идея иметь в себе инородное тело. Все знакомые ей женщины, получившие имплантаты, казались недовольными; их новая грудь была холодной на ощупь, или сидела неровно под кожей, или просто ощущалась чем-то чужеродным. Ее мать, которой сделали реконструкцию лоскутом с использованием жировых трансплантатов из живота, с тех пор страдала от боли в животе и спине, но на этом проблемы не заканчивались: ее новая грудь была слишком большой. Симран хотела другой тип реконструкции, называемый эстетическим плоским закрытием, который оставляет пациентку с плоской грудью, но с минимальными шрамами и сохраненными сосками. Но отношение ее хирурга, его одержимость установкой имплантатов прямо там на столе во время мастэктомии застали ее врасплох, и поэтому она обратилась за вторым мнением – на этот раз к женщине, которая, как она предполагала, могла бы быть более открытой к различным вариантам. На приеме Симран тщательно объяснила, чего она хочет и почему.

---

<sup>15</sup> **BRCA (Breast Cancer genes)** – это гены рака молочной железы. Чаще всего речь идет о генах BRCA1 и BRCA2, которые связаны с наследственными формами рака молочной железы, яичников и других видов рака. – *Прим. ред.*

Но женщина-хирург, далекая от понимания, воспротивилась. Она сказала Симран, что плоская грудь психологически травмирует ее.

«Я была потрясена, – говорит Симран. – В тот момент мне, конечно, было грустно за себя, потому что я ушла с того приема в слезах, чувствуя, что меня совсем не услышали».

\* \* \*

История Симран имеет счастливый конец: ее хирург в итоге сделал ей то эстетическое плоское закрытие, которого она хотела, и результат был настолько успешным, что ей часто звонят другие пациентки, рассматривающие возможность отказа от имплантатов в пользу плоской реконструкции. Но причина, по которой эта история является замечательной, состоит в том, как она вписывается в эволюцию пластической хирургии не просто как медицинской области, но как формы женского расширения возможностей, кульминацией которой становится момент, когда пациентка не только выбирает точно, как она хочет выглядеть, но и решает выйти за рамки общепринятых представлений о красоте, желанности, о том, в чем действительно заключается ее ценность для общества. То, что ей нравится в результате ее операции – это не то, что она выглядит сексуально или красиво, а то, что она чувствует себя собой.

«Если вы пообщаетесь с людьми по поводу пластической хирургии и их опыте, спросите о том, как они себя чувствуют сейчас, они не скажут ничего о том, как они выглядят. Они будут рассказывать о том, как они себя чувствуют».  
*доктор Чарльз Галанис, пластический хирург, фрагмент интервью, 2022 г.*

Все это и многое другое делает пластическую хирургию и ее историю уникально сложной в контексте. В отличие от других систем нашего тела, которые поражены болезнями и расстройствами, от которых мы должны искать лечение, если хотим жить, косметическая хирургия и медицина – это области, с которыми женщины взаимодействуют по выбору. Женщина на операционном столе находится там, потому что хочет этого или думает, что хочет.

Возможно, как Тимми Джин Линдси, она просто чувствует себя счастливой, имея возможность и средства сделать себя более красивой. И возможно, косметический хирург, которому нравится большая грудь или маленькие половые губы – это не всемогущий навязыватель карающих стандартов красоты своим беспомощным пациенткам, а врач, помогающий им жить той жизнью, которой они желают. В любом случае мы продолжаем гнаться за красотой, даже когда она ускользает от нас, убегает, исчезает. Битва будет продолжаться. И крови еще будет пролито немало.

## 2. Кости

### Костная система. Черепа и китовый ус

«Мы как Общество можем поздравить себя с обладанием столь прекрасного и редкого образца кесарева сечения».

*доктор Морис Фицгиббон, 1879 г.*

Пока Мэри Эшберри жива, люди едва замечают ее. Для многих она буквально ниже уровня внимания: ахондропластическая карлица чуть за двадцать, ростом 1,07 метра, не выше пятилетней девочки. Подробности ее короткой жизни останутся тайной, о них лишь вскользь упомянет после ее смерти врач, осмотревший ее тело и назвавший ее «беспомощным существом», жертвой скрытых несчастий в борделе Норфолка, штат Вирджиния. Никогда не будет записи о том, как она оказалась в борделе и что она там делала; никто никогда не узнает, как она жила, счастливо или несчастливо, и с кем.

Когда Мэри забеременеет и ее живот начнет расти, не останется никаких записей о том, кто был отцом – или даже кто им мог быть.

\* \* \*

Весной 1856 года, когда у Мэри начинаются роды, световой день становится длиннее. Через неделю расцветут магнолии, их ветви отяжелеют восковыми цветами розовых и белых оттенков.

К тому времени и Мэри, и ее ребенок будут мертвы. Роды убьют ее – не только сам процесс, но и врачебное невежество. Таз Мэри слишком мал, чтобы ребенок мог пройти; единственной надеждой на спасение было то, что присутствующие врачи произведут родоразрешение, раздробив череп плода, операция, к которой они слишком долго не приступают, а затем не могут завершить. Позже врач по имени Фицгиббон осмотрит то, что осталось от Мэри Эшберри, и бесстрастно отметит, что «поскольку операция была начата и зашла достаточно далеко, чтобы прервать жизнь ребенка, остается лишь сожалеть о том, что она не была доведена до конца». Вместо этого врачи проведут разрез матки. Мэри умрет через три дня, или от травмы, или, возможно, от инфекции.

В этот момент Мэри умирает так же, как и жила: незамеченной, никому не нужной, невидимой. Ее тело прискорбно мало – удивительно мало.

Возможно, поэтому ее не хоронят.

Вместо погребения то, что осталось от Мэри, отправляется на север. Ее безымянный младенец путешествует с ней. К тому времени, как она прибывает в музей Филадельфии, который станет ее последним пристанищем, Мэри уже не «она», а «оно»: от нее остался только скелет с непропорционально большой головой, укороченными руками и ногами, необычайно узким тазом. Этот скелет, как отмечает Фицгиббон, прекрасный, редкий экземпляр. Женщина, которой он когда-то принадлежал, полностью забыта.

Ее кости отбеливают до блеска. Ее поднимают вертикально, подвешивая в стоячем положении на леске, проходящей через отверстие в ее черепе к трубе в трех метрах над головой.

При жизни Мэри умерла без партнера, без семьи. В смерти у нее есть и то и другое. Рядом с ней, в стеклянной витрине, где хранятся ее кости, находится скелет великана – безымянного мужчины, который при жизни был ростом не менее 2,3 метра, чьи останки были выставлены

на продажу в Кентукки в 1877 году. А в руке она держит что-то маленькое, белое и ухмыляющееся: череп своего ребенка.

Более века скелет Мэри стоит за стеклом в музее Мюттера в Филадельфии, где около ста тысяч человек приходят посмотреть на него каждый год. Они подходят. Пялятся. Рассматривают странно изогнутую линию ее плечевых костей, то, как ее бедренные кости изгибаются внутрь. Они видят кости, которые придавали ее телу форму при жизни. Теперь они очищены от кожи и мышц и являются главной достопримечательностью в любопытной экспозиции. Их интересует, чем она была, но не кем она была.

И так, подобно людям, окружавшим ее при жизни, они не видят ее. Не замечают в ней человека.

\* \* \*

Я помню, как распиливала ее череп на две половины. Мой преподаватель анатомии положил руку мне на плечо, мягко и успокаивающе: «Это будет самая трудная часть». Помню аромат ментолового бальзама, которым я намазала верхнюю губу, резкий и удушающий и все же не слишком сильный, чтобы перебить вездесущий запах формальдегида. Я приложила костную пилу к основанию ее черепа и начала резать.

Вскрытие было почти завершено. Месяцами мы послойно вскрывали тело пожилой женщины, обнажая мышцы и сухожилия, органы и кости. Череп мы оставили напоследок, потому что это была одна из самых физически сложных задач и потому что преподаватель – врач-мужчина, наблюдавший за работой четырех студенток-первокурсниц медицинского факультета, – полагал, что именно эта часть расстроит нас больше всего.

Это было не так. Тем, что расстроило нас больше всего и произошло многими неделями ранее, был момент, когда мы поняли, что оборвало ее жизнь. У женщины было несколько татуировок на правой стороне груди, не декоративных, а крошечных точек – явный признак предшествующей лучевой терапии от рака груди, а также небольшой шрам, указывающий на лампэктомию. За месяцы, что мы вскрывали ее тело, запоминая каждую вену, нерв и мышцу, мы обнаружили бесчисленные резиноподобные белые узелки: опухоли. Ее тело было усеяно ими. Рак, вероятно, начался в правой груди, а затем распространился на лимфатические узлы, кости, мозг, пока не убил ее.

Конечно, в постановке диагноза не было никакого удовлетворения. И знание о том, как она умерла, все равно ничего не говорило нам о ее жизни: кем она была, как жила, кого любила. Наш труп был не пациентом, а уроком. Внутри нее находились те же системы, что заложены внутри всех нас. После завершения работы мы, студентки, взялись за руки над ее телом, благодаря ее за самоотверженность и обещая почтить дар знаний, который она нам дала. Это был первый и последний раз, когда я вскрывала труп, и моя медицинская карьера в конечном счете будет посвящена спасению жизней женщин с тем же раком, который убил ту, что лежала тогда перед нами.

Мэри Эшберри, чей скелет выставлен в музее Мюттера в Филадельфии большую часть двух столетий, умерла в 1856 году. Пройдет двадцать лет, прежде чем она привлечет внимание медицинского сообщества, но в отличие от пожилой женщины, чье тело я вскрывала студенткой-первокурсницей, жизнь Мэри – и то, как она закончилась – мало интересовали врачей, которым были доверены ее останки. Доктор Фицгиббон, так восхищенный состоянием ее костей, лишь мимоходом задумался о пути, который привел ее от молодой женщины, жившей и работавшей в Новом Орлеане, к статусу медицинского артефакта. «Маленькое создание было всего лишь беспомощной вещью», – писал он, не из сочувствия, а объясняя, почему у врачей, наблюдавших ее, не было необходимых инструментов, чтобы принять роды и спасти ей жизнь. Ее тело было просто слишком мало для обычных инструментов.

И когда ее скелет установили для показа, это было сделано, очевидно, не во имя медицинских знаний, а из болезненного любопытства. Во время смерти Мэри сохраненные кости были ценным инструментом для врачей и студентов-медиков. Возможность взаимодействовать с человеческим скелетом давала важное понимание того, как устроено тело, как вправлять кости и восстанавливать суставы. Но скелеты, использовавшиеся как анатомические пособия, скреплялись проволокой; важно было не только смотреть на них, но и трогать, видеть, как они двигаются. Мэри Эшберри, с другой стороны, удерживается вместе кальцинированными остатками своих собственных мягких тканей. Если кто-то попытается подвинуть ее, повернуть ее голову, поднять ее руку и подержать, она сломается. И вот она стоит неподвижно, держа череп младенца, давая жизнь которому она и умерла, как жуткий экспонат, столь же бесполезный с медицинской точки зрения, сколь и шокирующий.

Тело Мэри не было уроком; это был объект для всех любопытствующих глаз.

\* \* \*

Кости Мэри Эшберри не только содержат знания, но и служат воплощением всего напряжения и странности, с которыми женская скелетная система рассматривалась медицинским сообществом. Те же силы, что заставляли врачей считать Мэри гротескным объектом, также оказывали влияние на изображения женского скелета в целом, подпитывая широко распространенное (или, возможно, глубоко укоренившееся) невежество, последствия которого можно наблюдать и сегодня.

Скелетная система сама по себе занимает уникальное место в понимании как медицины, так и смертности. При жизни она придает форму и структуру телу; в смерти в конечном счете это все, что от тела остается.

Как таковая это анатомическая система, с которой обычные люди, а не только врачи наиболее знакомы; трудно представить какую-либо аналогичную систему, которая была бы одновременно столь же важной с медицинской точки зрения и столь же культурно вездесущей.

За редкими региональными исключениями (а именно Италия и Юг Франции), вскрытие человеческих тел было в основном незаконным до XVI века, что создавало как ореол тайны, так и множество дезинформации вокруг строения человеческого скелета; вскрытия людей до этого времени проводились редко и тайно, поскольку получение образцов часто предполагало разграбление могил. До этого анатомические знания о человеке в значительной степени основывались на работе Галена, врача из Римской империи, чьи теории доминировали в западной медицине более тысячи лет. Но работа Галена в основном опиралась на предположения и экстраполяцию о человеческой анатомии, основанную на вскрытии животных, и многие из этих предположений были неверны.

Революция в области анатомии началась в середине 1500-х годов, когда голландский врач Андреас Везалий стал не только открытым сторонником вскрытия человеческих тел, но и иллюстратором замечательных, ярких, живых изображений скрытых слоев тела. Эти иллюстрации выдают увлечение анатомией, выходящее за рамки простого медицинского знания; работа Везалия насыщена как культурным и религиозным символизмом, так и анатомическими деталями. В одной серии он изображает печального человека, указывающего в небо, держащего свою собственную стекающую кожу в другой руке; на заднем плане видна церковь. В другой иллюстрации, которую прозвали «Скелетный Гамлет», он детально изображает человеческий скелет, созерцающий обезглавленный череп, покоящийся на могиле; надпись на могиле гласит на латыни: «Гений будет жить, все остальное умрет».

В отличие от многих анатомов, Везалий действительно уделял внимание и ценил различия между мужским и женским телом; его работы включают обнаженные изображения каж-

дого. Но его понимание половой анатомии не проникало достаточно глубоко; оно не доходило до костей. В дополнение к анатомическим обнаженным фигурам, Везалий проиллюстрировал только один скелет и подписал его «ЧЕЛОВЕК».

Но, конечно, скелет был не просто человеческим.

Он был мужским.

Что питало это обобщение? Возможно, Везалий не знал, что женская скелетная система отличается определенными важными характеристиками от мужской. А возможно, он и знал, но не считал этот факт достаточно важным, чтобы он мог заслужить отдельной, анатомически точной иллюстрации этих различий. В последнем случае он не был бы одинок в своем суждении: изображения женского скелета в ранних анатомических текстах встречаются редко. А что еще важнее, те, что существуют, как правило, жертвуют точностью ради эстетики. Изучение анатомии, похоже, с самого начала было пронизано двойными стандартами: изображение мужских костей передавало медицинские знания о человеческом теле, в то время как изображение женских костей – эстетические, культурные и социальные смыслы.

В этих ранних текстах взрослый женский скелет часто изображается так, как будто это скелет ребенка: недоразвитый, хрупкий, ломкий. Стоит отметить, что такой взгляд на женские кости не был исключительной прерогативой мужчин: когда французская ученая Мари-Женевьев-Шарлотта Дарлю Тиру д'Арконвиль опубликовала свои рисунки женского скелета в 1759 году, она преувеличила половые различия до уровня карикатуры. Череп был значительно меньше, таз намного шире. В изображении было заложено послание: женщины, с их меньшими черепами и большими бедрами, явно были задуманы самой природой быть матерями, а не мыслителями.

Это было послание, которое полностью пронизывало медицинское мышление того времени. Французская медицинская *энциклопедия* 1765 года, вместо того чтобы просто не приводить изображение женского скелета, сильно акцентирует внимание на различиях между костями мужчин и женщин, прежде чем сделать окончательный вывод: «Все эти факторы доказывают, что предназначение женщин – иметь детей и кормить их». В 1796 году немецкий анатом Самуэль Томас фон Зёммеринг выполнил знаменитую – и неточную – иллюстрацию женского скелета с непропорционально крошечной головой, огромным широким тазом и невероятно узкой грудной клеткой. Неточности были настолько заметны, что некоторые врачи всерьез выступили с критикой иллюстраций Зёммеринга как вводящих в заблуждение, но они были опровергнуты замечательными доводами в защиту Самуэля: он был художником, а не анатомом. Тот факт, что это считалось убедительным аргументом, демонстрирует, как медицинское сообщество рассматривало знания о строении женского тела: если проиллюстрированный скелет был красивым и богат символизмом, точность анатомической истины не имела значения. Женский скелет Зёммеринга не был точным. Даже «лучше»: он стал объектом восхищения, а не системой для понимания.

Эта тенденция в изображении женских костей продолжилась в XIX веке. Когда шотландский анатом Джон Баркли взялся за половые иллюстрации скелета в 1829 году, он не только прибегнул к тем же преувеличениям, что и его предшественники, но и украсил каждую иллюстрацию скелетом соответствующего животного: могучего коня для мужчины, страуса для женщины.

В то же время анатомия и художественность начали расходиться, причем женские тела были отнесены к последней категории и исключены из первой. Со времен древних греков медицина была в плену идеи мужского стандарта: мужские тела были здоровой нормой. Женские тела в своих отличиях представляли отклонения от идеала.

Теперь это понятие пронизывало не только умы, но и тексты искателей медицинских знаний. За исключением репродуктивных органов, тела, изображенные в учебниках (даже в

последние двадцать лет) – включая золотой стандарт «Анатомию Грея», – неизменно были мужскими.

«Все психологи, изучавшие интеллект женщин, как и поэты, и романисты, признают сегодня, что они представляют самые низшие формы человеческой эволюции и что они ближе к детям и дикарям, чем к взрослому, цивилизованному мужчине».

*доктор Гюстав Ле Бон, 1879 г.*

В то время как женские кости игнорировались как источник медицинских знаний, их черепа подвергались особому изучению благодаря равноценной одержимости XIX века френологией<sup>16</sup> и краниологией<sup>17</sup>. Эти псевдонаучные области, практика которых была неразрывно связана с подъемом антропологии, дарвинизма и евгеники<sup>18</sup>, постулировали, что размер и форма черепа содержат показательные детали о характере, способностях и интеллекте его владельца.

Неудивительно, что многие из тех же личностей, которые были готовы пожертвовать анатомической точностью, чтобы привести женские скелеты в соответствие с женственным культурным идеалом, также были одержимы идеей, что топография черепа человека раскрывала доказательства генетической неполноценности. Также неудивительно, что многие из этих мужчин были расистами. До того как Самуэль Томас фон Зёммеринг создал свою знаменитую иллюстрацию скелета, он был ранним энтузиастом краниологии и убежденным сторонником теории о том, что черепа темнокожих «мавров» были меньше, чем у белых мужчин, что якобы отражало интеллектуальную неполноценность первых. В этом случае защита Зёммеринга заключалась в том, что он был не просто художником, а смелым правдоискателем, которого не остановят в его исследованиях просто потому, что они неизменно приводили к диким расистским выводам. (В этом отношении очень мало что изменилось с XVIII века: те же аргументы используются сегодня современными расовыми учеными, которые надеются обнаружить связь между расовым происхождением и IQ.) Гравюра 1786 года изображает блаженного Зёммеринга, изучающего человеческий череп с помощью штангенциркуля, игнорирующего фигуру Медузы, которая бросает в него змей сверху, держа знамя с надписью DIE GUTE SACHE – «благое дело».

Как это часто бывает в истории медицины, там, где в научном сообществе укоренился расизм, мизогиния всегда была где-то рядом. Антропологи возглавили это наступление, изучая черепа людей различных рас и приходя, предсказуемо, к выводу, что белые мужчины, подобные им самим, были наиболее интеллектуально развитыми существами на планете. Один из отцов физической антропологии, Самуэль Джордж Мортон, собрал сотни человеческих черепов со всего мира в начале 1800-х годов и в конце концов заявил, что нашел связь между внутренней вместимостью черепа и интеллектом. Литература того времени изобилует комментариями настолько дико расистскими и сексистскими, что они читаются как карикатура, монолог какого-нибудь безумного ученого из дешевого фильма ужасов. В одном показательном размышлении о пересечении расы, пола и вида антрополог XIX века Джеймс Хант писал: «Нельзя сомневаться, что мозг негра имеет большое сходство с мозгом европейской женщины или ребенка и, таким образом, приближается к обезьяне гораздо больше, чем европеец, в то время как негритянка приближается к обезьяне еще ближе».

---

<sup>16</sup> **Френология** – псевдонаука, утверждающая, что по форме черепа можно определить характер, способности и психические особенности человека. Она была популярна в начале XIX века, но сегодня считается устаревшей и не имеет научных доказательств. – *Прим. ред.*

<sup>17</sup> **Краниология** – раздел антропологии, изучающий строение, форму и изменчивость черепа человека и животных, как в целом, так и отдельных его костей. – *Прим. ред.*

<sup>18</sup> **Евгеника** – учение об улучшении человека при помощи искусственного отбора. Оно было призвано бороться с явлениями вырождения в человеческом генофонде. – *Прим. ред.*

Одержимость черепом начала охватывать антропологические и медицинские сообщества в середине XIX века. В то же время практикующие врачи начали уделять особое внимание женским черепам, изучая их на предмет признаков низшего интеллекта. В 1868 году парижский антрополог и хирург Поль Брока определил, что изучение женщин стало особой и неотложной необходимостью. Движение за права женщин начало набирать обороты в Европе и Северной Америке, что было зловещим знаменем с точки зрения Брока: женщины-реформаторы, казалось, были готовы нарушить естественный порядок вещей, вызвать «возмущение рас», возможно, даже полностью изменить направление эволюции. Но если бы врачи и антропологи могли указать на научные доказательства естественной неполноценности женщин – судьбу, буквально вписанную в изгибы их черепов, – несомненно, эти несдержанные дамы увидели бы разумность подобного мнения, пошли бы домой и прекратили свою глупую агитацию за такие вещи, как избирательное право, умеренность или запрет детского труда.

Ученики Брока немедленно подхватили это дело. Перенесемся в 1879 год, когда французский антрополог по имени Гюстав Ле Бон собрал данные и опубликовал то, что современный историк Стивен Джей Гулд называет «самой злобной атакой на женщин в современной научной литературе». «Низший статус женщин, – писал Ле Бон, – настолько очевиден, что никто не может оспаривать его ни на мгновение; только его степень заслуживает обсуждения». Они были «самыми низшими формами человеческой эволюции»; они были «ближе к детям и дикарям, чем к взрослому, цивилизованному мужчине».

«Без сомнения, – заключил Ле Бон, – существуют некоторые выдающиеся женщины, намного превосходящие среднего мужчину, но они так же исключительны, как рождение любого уродства, как, например, гориллы с двумя головами; следовательно, мы можем полностью пренебречь ими».

Это было, очевидно, весьма удобно для Ле Бона, учитывая, что его наставник практически потребовал, чтобы неполноценность женщин была подтверждена наукой, и как можно скорее, чтобы их бредовое стремление к равенству не привело общество – и даже само человечество – к грани краха. Но давление найти научную основу для подчиненной социальной роли женщин исходило не только от Брока; неслучайно мода на френологию охватила врачей наряду с подъемом дарвинизма, который выдвигал захватывающую, но также пугающую идею биологии, неразрывно связанной с судьбой.

Чем больше научное сообщество понимало об эволюции, тем более жизненно важным казалось доказать, что женщины менее развиты, даже если для этого приходилось прибегать к псевдонаучному шарлатанству и коллекционированию человеческих черепов. Сам Дарвин высказался по этому поводу, отметив, что женская физиология казалась «характерной для низших рас и, следовательно, для прошлого и низшего состояния цивилизации»; «мужчина, – писал он, – обязательно должен был достичь более высокого превосходства во всем, за что бы он ни брался, чем женщины – будь то дело, требующее глубокой мысли, разума или воображения или просто использования чувств и рук».

На каждом шагу изучение женской скелетной системы было необходимо для этих выводов. Центральный принцип краниологии утверждал, что размер мозга – и, следовательно, размер черепа – указывал на умственные способности. Для медиков того момента все эти иллюстрации женских скелетов с их широкими тазами и крошечными черепами выглядели не просто как воплощение изящной женственности, но как божественная дарвиновская истина. (Вопрос размера черепа ненадолго представил проблему, когда ученые осознали, что женские черепа иногда могли быть больше пропорционально их телам, но в этих случаях они просто переключились на аргумент, что такие большеголовые женщины походили на детей и, следовательно, все равно были явно неполноценными. Орел – я выигрываю, решка – ты проигрываешь.)

Единственной константой был предрешенный вывод: женские кости показывали их примитивность и хрупкость, недоразвитость и неполноценность и прежде всего нуждались в бдительной защите мужчин-попечителей.

В конце концов, так и должно было быть. Альтернативная мысль о том, что женщины могли быть равными или, не дай бог, более развитыми, была слишком ужасающей, чтобы ее допустить.

«[Если] девица, застрявшая в прошлом, вознамерится испытать удовольствие от корсета, затянутого до невозможности дышать, может быть, для человечества будет лучше, если она проведет этот эксперимент более эффективно... например, случайная авария с железнодорожным директором, ее фактическая смерть от удушья может даже принести больше пользы, чем вреда от ее теорий».

*журнал Lancet, обращение редакторов к читателям, 1869 г.*

В то время как некоторые врачи полностью погрузились во френологию, другие стали одержимы другого рода модой: корсетами и всеми их сопутствующими (а иногда и воображаемыми) недугами. Некоторые из самых известных изображений той эпохи до сих пор в обращении, иллюстрируя предполагаемое влияние ношения корсета на женский скелет. Вы, вероятно, видели эти картинки: вот скелетный торс, его ребра сжаты и опущены вниз, как увядающие листья, сужающиеся к невероятно тонкой талии. Вот простой линейный рисунок женского силуэта с видимыми ребрами и внутренностями, ее печень и кишечник выдавлены, как зубная паста, из защитной оболочки грудной клетки вниз в место, где должна быть матка.

Эти изображения, какими бы провокационными они ни были, захватили воображение как врачей, так и обывателей. Это была проблема, словно созданная для разжигания моральной паники: молодые женщины безвозвратно уродовали свои тела, кости, и ради чего? Ради модных веяний!

Среди врачей, бивших тревогу об опасностях деформирующей скелет моды, был Джон Ли Комсток, хирург, который оперировал на полях сражений в войне 1812 года, прежде чем переключиться на образование. Его книга «Очерки физиологии» была одним из первых анатомических учебников, широко использовавшихся в американских школах. В 1848 году он опубликовал другой анатомический трактат, который включал зловещий заголовок: «ОДЕЖДА, ОЧЕРЕДНОЙ ИСТОЧНИК ДЕФОРМАЦИИ», в котором он сетовал на «недавнюю моду одеваться так широко в области шеи, чтобы оставлять один или, возможно, оба акромиальных отростка, или кончика плеча, в состоянии полной обнаженности». Однако беспокойство Комстока было не о скромности; его тревожило то, что женщины будут горбиться и извиваться, чтобы их платья не соскальзывали, развивая привычную сутулость, «пока [одно плечо] не станет постоянно выше другого».

Возможно, излишне говорить, что платья с широким вырезом, обнажающие плечи, которые Комсток наблюдал с таким беспокойством, едва ли носились достаточно часто и долго, чтобы привести к постоянному уродству; даже если женщины и делали странные движения плечами, чтобы предотвратить соскальзывание платья, речь шла о вечерних нарядах, которые надевались только на ужины или вечеринки, и то лишь на несколько часов максимум. То, что Комсток не потрудился спросить об этом ни одну женщину, прежде чем высказываться о бедствии деформирующей плечи моды, является замечательным ранним свидетельством в анналах мужского всезнайства, но это также отражает общую направленность мышления врачей-мужчин того времени, и нигде это не проявляется более очевидно, чем в панике вокруг корсетов и тугой шнуровки.

Хотя эти вызывающие тревогу изображения грудных клеток, навсегда измененных корсетами, были технически точными, если бы врачи действительно спросили об этом женщин,

они узнали бы нечто жизненно важное: большинство женщин не могли и не стали бы затягивать свои корсеты настолько туго, чтобы вызвать деформации скелета. Туго зашнурованный корсет мешал ходить, убирать, готовить, взаимодействовать с детьми, выполнять ручной труд – короче говоря, любой деятельности, кроме тихих, сидячих досуговых занятий женщин высшего класса. Туго затянутая фигура была признаком образа жизни, который могли себе позволить немногие женщины, и вместе с ним – элитного социально-экономического статуса.

По этой причине неудивительно, что ужасы тугой шнуровки стали предметом всеобщего беспокойства; тогда, как и сейчас, проблемам женщин высшего класса уделялось непропорционально много внимания, как с медицинской, так и с культурной точки зрения. Но когда обычные женщины заметили, что их собственный опыт ношения корсетов имел мало общего с вредом, приписываемым корсетам медицинским сообществом, ситуация обострилась.

В конце августа 1869 года медицинский журнал *Lancet* опубликовал короткую, раздраженную заметку в разделе «Медицинские аннотации», сетуя на то, что, несмотря на постоянные предостережения медицинского сообщества, женщины продолжают принимать неверные решения о том, как носить нижнее белье – в ущерб своей внешности, здоровью и даже самой жизни.

«Если бы зло тугой шнуровки ограничивалось искаженным видом, который она неизменно производит, мы могли бы посочувствовать, видя божественную женскую форму столь обезображенной, однако комментировать это вряд ли входило бы в нашу компетенцию, – писали они. – Но, как практикующие врачи, мы ежедневно видим ее последствия в черед нервных и диспепсических симптомов<sup>19</sup>, которыми она постоянно проявляется, и в еще более серьезном внутреннем вреде постоянного характера, который часто ею вызывается».

Конечно, хотя авторы письма весьма горячо утверждали, что влияние корсетов на внешний вид женщин было последним, о чем они думали, они, казалось, не могли перестать упоминать об этом, продолжая сокрушаться о безобразности женщин в корсетах, которые двигались «в согнутом положении, неспособные даже держаться прямо вследствие стеснения мышц спины». Они проклинали женскую глупость и отсутствие образования в области собственной физиологии, без которого «бесполезно протестовать против жестокого вреда здоровью, который женщины таким образом наносят себе».

«Хуже, чем преступление – это безумие, – заключали они, – ибо красота уничтожается процессом, который призван ее преумножить».

Если вы считали вместе со мной: это примерно полторы жалобы на влияние корсетов на здоровье женщин и три жалобы на то, что они делают их безобразными. Однако самое важное заключалось в том, что в этой медицинской заметке полностью отсутствовали свидетельства самих женщин – обстоятельство, не оставшееся незамеченным после публикации материала в лондонском *Times*. Стремясь восстановить истину, одна из читательниц направила в редакцию довольно язвительное письмо. «Разумеется, эта антикорсетная статья вызвала оживленное обсуждение среди тех, кого она непосредственно касается, – писала она, – и я хотела бы выступить в нашу защиту». Среди прочего она указывала, что сутулость, столь возмущившая автора заметки в *Lancet*, возникала вовсе не из-за тугой шнуровки. Напротив, одним из немногих достоинств туго затянутого корсета как раз и была полная невозможность сутулиться. Причиной же неприятностей становились корсеты «со слабыми стальными пластинами спереди».

И вот что примечательно: именно такие корсеты, которые, в отличие от традиционных моделей, не сдавливали ребра спереди, и рекомендовали врачи.

Автор письма, подписавшаяся «Девушка не нашего времени» (тем самым подчеркивая, что она не из числа легкомысленных охотниц за модными веяниями), настоятельно просила

---

<sup>19</sup> **Диспепсические симптомы** – это комплекс признаков, указывающих на нарушение работы пищеварительной системы, в частности в верхних отделах желудочно-кишечного тракта. – *Прим. ред.*

автора статьи в *Lancet* изучить историю корсетов. Она напоминала, что корсеты отнюдь не были исключительно женским предметом гардероба, и призывала: «Хотя бы раз прислушайтесь к тем, кто имеет реальный опыт ношения корсетов, вместо того чтобы раздавать им советы».

Между строк этого крайне характерного для XIX века конфликта лежит гораздо более знакомое и вечное разочарование: женщин поучают врачи, которые их не слушают, даже когда женщины обладают информацией и непосредственным опытом, которого нет у медиков. Эти молодые дамы могли свидетельствовать о последствиях ежедневного ношения корсетов. Они могли бы продемонстрировать врачам, что корсеты с более слабой передней поддержкой создавали определенный тип осанки. Они могли бы, в партнерстве с медицинской системой, прийти к взаимному, полезному пониманию как влияния корсетов, так и того, как лучше всего его смягчить, если это необходимо.

Но для этого врачи должны были быть готовы видеть в женщинах если не равных, то хотя бы обладательниц ценной информации о том, каково это – быть женщиной. Стоит ли говорить, что этого так и не произошло.

Вместо этого редакторы журнала *Lancet* опубликовали ответ «Девиче не нашего времени», в котором выразили искреннюю надежду, что она задохнется в своем корсете.

«Дорогая Бет, у меня сколиоз, и врач советует мне носить корсет. Моя подруга сказала, что она просто делала упражнения и ходила к хиропрактику, и теперь с ней все в порядке, но мои родители говорят, что я должна делать то, что говорит врач».

колонка «*Спросите Бет*», *Los Angeles Times*, 1990 г.

Фотограф поднимает камеру, затем опускает. Отступает на три шага назад, потом еще на один.

«Может ли она», – начинает он говорить, затем останавливается. Что бы он ни собирался сказать, ответ очевидно будет отрицательным. Может ли она повернуться в эту сторону? Изогнуться в ту? Наклониться, сесть, принять ванну?

Может ли она двигаться?

Конечно, нет.

Ей четырнадцать лет и исполнится пятнадцать еще до того, как она покинет больницу, почти через год после того, как впервые сюда попала. Год внутри этой гипсовой тюрьмы, год прикованности к постели. Гипс, который она носит, покрывает ее от макушки до колен, лишь с несколькими стратегическими отверстиями: одно большое между ногами, для туалета. Два туннелеобразных отверстия по обеим сторонам головы, чтобы она могла слышать. И самое важное – полный разрез, проходящий по окружности грудной клетки, где гипс распилен пополам и затем соединен с одной стороны металлическим рычагом, винтовым механизмом, который и дает всему аппарату его название.

Когда ей только наложили гипс, отверстие для рычага тянулось во всю длину предплечья. Теперь же оно уменьшилось всего до нескольких дюймов. Через несколько месяцев гипс снимут, а затем сделают разрез, чтобы сплавить позвонки между собой.

А пока остается только лежать. Она пытается разговаривать с другими девочками, но все они тоже закованы в гипс, и, даже несмотря на специальные отверстия для ушей, с трудом слышно тех, кто лежит дальше соседней кровати. В палате их десять – аккуратный ряд спеленутых гипсом фигур, словно гусеницы в белых коконах. Зрелище настолько необычное, что сюда пришел фотограф. Через неделю в газете появится статья, и они будут по очереди ее рассматривать. Заголовок гласит: «Сварщики позвоночника» – намек на операцию, которая последует после снятия гипса. Но всем хочется увидеть именно гипсовые коконы, и фотограф все отступает назад, пытаясь уместить в кадр эту впечатляющую картину целиком.

Он снова поднимает камеру.

«Хорошо, – говорит он. – Улыбнитесь!»

Она улыбается.

Но когда через неделю придет газета, она увидит, что улыбка не имела особого значения. Из-за угла съемки и толщины гипса, покрывающего ее голову как шлем, рта вообще не видно.

\* \* \*

Удивительно, даже в системе, которая часто отодвигала на второй план, игнорировала, инфантилизировала и заставляла молчать женщин, как мало мы знаем о тех, кто страдал от сколиоза. Мы мельком видим их то тут, то там в литературе, обычно со спины, когда они стоят спиной к камере и обнажены до пояса – несомненно, чтобы лучше продемонстрировать позвоночник, нуждающийся в исправлении, но эти изображения неизменно более эротичны, чем клиничны. На некоторых драпировка пациентки соскользнула, обнажая ложбинку между ягодицами; на других ее голова едва повернута, словно она вот-вот кокетливо глянет через плечо на зрителя. Один поразительный триптих конца 1800-х показывает пациентку, стоящую топлес рядом с комодом; ее волосы заплетены в одну толстую косу, перекинутую через левое плечо, которое расположено ниже правого из-за змеевидного искривления позвоночника. Затем обстановка меняется: женщина стоит под железным тренажером с руками, поднятыми и связанными над головой. Ее врач, мужчина с орлиным носом, роскошной шевелюрой и массивными бакенбардами, стоит рядом с ней. Возможно, наблюдает за прогрессом ее лечения, но между углом фотографии и тенями, скрывающими его глаза, он с тем же успехом мог просто пялиться на ее обнаженную грудь.

На последней фотографии, очевидно сделанной после завершения лечения, пациентка по-прежнему стоит спиной к камере. Ее позвоночник стал прямее, но она больше не обнажена: вылечив ее, врач восстановил как ее здоровье, так и достоинство – но мы никогда не видим ее лица.

Иногда на более поздних снимках пациентка поворачивается к камере. Она выглядывает из-под гипсового корсета с винтовым зажимом, который покрывает ее голову как увеличенный монашеский апостольник; иногда она даже улыбается, пусть только по привычке или по просьбе фотографа. Но даже когда они улыбаются нам, эти женщины уникально безмолвны. Возможно, потому, что в других областях, с другими видами недугов, врачи были обязаны хотя бы спрашивать о симптомах и истории болезни своих пациенток для постановки диагноза – даже если в итоге отвергали эти симптомы как выдуманные, психосоматические или продукт истерии. Но никому не нужно было спрашивать женщину, искривлен ли ее позвоночник; это был диагноз, который врачи могли поставить не только без разговора с пациенткой, но даже ни разу не взглянув ей в лицо.

И возможно, именно поэтому история медицины и женской скелетной системы не только особенно объективирующая, но и особенно патерналистская. Сколиоз, заболевание, которое в подавляющем большинстве случаев поражало женщин, казалось, доказывал правоту френологов: женские скелеты были не просто менее развитыми, но настолько примитивными, что не могли стать прямыми, как у мужчин, без медицинского вмешательства. Структурные предметы одежды, вызывавшие такое возмущение, когда женщины носили их по собственной воле в форме корсета, внезапно стали незаменимыми, когда были переосмыслены как медицинские устройства, которые женщин нужно было заставлять носить.

Предпочтительные методы лечения сколиоза часто были жестоко разрушительными для жизни молодых женщин, которые их терпели и которым даже в 1990 году в ответ на их возражения говорили, что они должны делать то, что говорит врач.

Один из немногих медицинских специалистов, кто был ранним сторонником корсетов, доктор Генри Роберт Хезер Биггс, был ближе всего к тому союзнику, которого представляла себе автор того язвительного письма в редакцию *Lancet*; в 1905 году он писал, что «женщинам не нужно говорить, что корсеты не нужны, когда у них есть накопленный опыт веков, доказывающий обратное». К сожалению, Биггс также был убежден, что структурная незаменимость корсетов была обусловлена неспособностью женщин выглядеть нормально без них, особенно после полового созревания и родов. Женщины были просто слишком хрупкими, слишком слабыми, чтобы поддерживать вес собственного тела, и в отсутствие правильного корсета, писал он, неизбежно превратились бы в «отвратительные объекты уродства».

Но даже врачи, делавшие все эти полупорнографические снимки своих безликих пациенток, часто были весьма прогрессивными для своего времени. Одним из таких докторов был Луис Бауэр, немецкий хирург-ортопед, эмигрировавший в Соединенные Штаты после нескольких месяцев тюремного заключения в 1848 году за противостояние прусской монархии. Но его передовые взгляды не распространялись на пациенток со сколиозом, которых он характеризовал как хрупких и эволюционно неполноценных (или, если это были мальчики, женоподобных) и которые, как он считал, были хотя бы отчасти виновны в появлении своих спинальных деформаций. Факторы риска сколиоза, определенные Бауэром, включали плохую диету или сидячий образ жизни, но также «неистовые танцы и поздние часы», что предполагало, что истинными причинами искривления позвоночника было в основном все, что сам Бауэр находил морально неприемлемым. Тема сколиоза также укоренила неразрешимый конфликт о том, является ли женское нижнее белье лекарством от уродства или его причиной; Бауэр цитировал работу другого врача, Беуринга, который обвинял в сколиозе «неправильную одежду, особенно ношение корсетов».

И затем, конечно, есть любимый виновник всех бед викторианского врача: мастурбация. Бауэр утверждал, что у него было две пациентки, чей недуг проистекал из склонности к самоудовлетворению, в то время как доктор Роберт Таттл Моррис (хирург и будущий президент Американской коллегии акушеров и гинекологов) предполагал, что женщины, страдающие от «клиторальных спаяк», развивали привычки к мастурбации, что приводило к лени, которая, в свою очередь, приводила к искривлению позвоночника.

К началу XX века некоторые врачи начали более внимательно изучать связь между силовыми упражнениями и сколиозом. В своей публикации 1899 года «Лечение сколиоза позвоночника» лондонский врач Бернард Рот сетовал, что девочек недостаточно поощряют к физической активности: «Помимо того что они сильно ограничены своей одеждой, им, как правило, не позволено и четверти того количества физических упражнений, таких как крикет, футбол, хоккей и т. д., которые разрешены и которыми наслаждаются мальчики и мужчины». Рот изучил тысячу историй болезни сколиоза и пришел к выводу, что лучше всего лечить это заболевание исключительно с помощью упражнений и тренировки правильной осанки. К нему присоединился Льюис Альберт Сэйр, врач с огромными бакенбардами, который появляется на фотографиях рядом со своей обнаженной по пояс пациенткой, висящей на большом тренажере, ухватившись за него руками: Сэйр, работавший в больнице Бельвью в Нью-Йорке, рекомендовал гимнастику для укрепления мышц на той стороне тела, к которой изгибался позвоночник.

Но даже среди врачей, веривших в упражнения как лекарство, сохранялась вера в женскую хрупкость как препятствие для правильного лечения. История болезни 1895 года, описанная доктором Джейкобом Тешнером, демонстрирует полное презрение, с которым врачи часто относились к своим пациенткам. Тешнер сетует, что его пациентка, пятнадцатилетняя девочка по имени Марта, «неуклюжа, праздна, ленива, медленно соображает и не проявляет интереса» к предписанным им упражнениям, — прежде чем как бы невзначай упомянуть, что она значительно уменьшила тяжесть своего сколиоза с помощью силовых тренировок и недавно подняла

штангу весом 23 килограмма над головой в общей сложности десять раз (для тех, кто не в курсе, это значительно выше средней силы для женщины даже по стандартам 2024 года).

Тот факт, что Тешнер мог наблюдать, как пятнадцатилетняя девочка выполняет жим двадцатитрехкилограммовой штанги над головой стоя десять раз, и все равно называть ее «неуклюжей» и «праздной», демонстрирует, что некоторые врачи изначально видели своих пациентов со сколиозом слабыми, ленивыми и немотивированными, даже перед лицом убедительных доказательств обратного.

И это отчасти может объяснить, почему изнурительные меры, как и гипсовый корсет с винтовым зажимом, в конечном счете затмили все остальные способы лечения сколиоза и оставались в моде и в XX веке – в том числе в Госпитале специальной хирургии, откуда журналист Карл Корс вел свой репортаж «Сварщики позвоночника» в июне 1950 года.

Корс добросовестно передал утверждения хирургов о том, что юные пациентки, «похоже, не возражают» против того, чтобы провести большую часть года обездвиженными в гипсе, но стоит отметить, что он никогда не утруждал себя тем, чтобы спросить девочек, как они к этому относятся. Также все более вероятным кажется, что этого не делали и сами врачи. Не потому, что им было все равно, а потому, что считалось само собой разумеющимся, что девочки-подростки довольны более тихой, менее активной жизнью. До знакового закона «Раздел IX», который произведет революцию в женском спорте, оставалось еще два десятилетия; молодая женщина, которая любила формальные упражнения или стремилась заниматься спортом, считалась бы странной, неженственной, даже немного грубой. Конечно, эти гипсовые тюрьмы не были таким уж тяжким испытанием, ведь их обитательницы и так не особо стремились двигаться.

«Девочка-подросток переживает стремительное развитие. По этой причине за ее осанкой нужно тщательно следить».

*доктор Моррис Фишбейн, американский врач, 1937 г.*

С конца 1800-х годов, в 1950-е и далее социальный, культурный и моральный багаж, связанный с женской скелетной системой, слился в озабоченность осанкой. Прямая спина была не просто признаком хорошего здоровья, но и высокого класса и сильного морального характера; сутулость, напротив, предполагала, что что-то не так и с телом, и с душой.

Когда классовое сознание начало проникать в уже сложное взаимодействие дарвинизма, расизма, евгеники и гендерных норм, которое определяло изучение скелетной системы, врачи поспешили включить его в свою практику. В 1922 году в медицинском журнале *Lancet* появилась статья об осанке, в которой отмечалось: «Некоторые примитивные расы, имеющие привычку сидеть на корточках, и даже многие деревенские жители в наших краях, держат колени и спину согнутыми и имеют осанку и походку не намного лучше, чем у высших обезьян. Как правило, чем более цивилизован народ, тем лучше осанка, но совершенно прямой осанки невозможно достичь без муштры».

Как обычно, определенная группа врачей воспользовалась этой возможностью, чтобы утверждать, что образование, по описанной логике, вредно для здоровья женщин, в данном случае риск искривления позвоночника был результатом слишком долгого сидения над учебниками.

Правильное место для книги, по мнению мужчин, было не в руках женщины, а на ее голове – чтобы совершенствовать осанку.

И здесь стало невозможно отделить понятия здоровья от понятий морали и красоты. Так же как здоровая (читай: стройная) фигура сигнализировала о способности женщины контролировать свои аппетиты, отличная осанка выявляла определенный уровень телесной дисциплины. Конечно, это было не все, что она выявляла, как быстро отметили врачи-мужчины той

эпохи. Издание 1937 года «Современного домашнего медицинского советника» включало следующее замечание об осанке от редактора Морриса Фишбеяна:

«Подбородок и живот следует держать втянутыми, а грудь – выпячивать вперед. Многие молодые девушки беспокоятся о развитии груди и, не понимая происходящих изменений, пытаются их скрыть. Плохая осанка может возникнуть из-за того, что плечи держатся таким образом, чтобы спрятать грудь».

Несмотря на ограниченность его работ о женской осанке, Фишбейн был проницательным и прозорливым врачом, особенно когда дело касалось передовых методов женского репродуктивного здоровья: в 1937 году, за тринадцать лет до появления противозачаточных таблеток, он объявил предотвращение беременности вопросом медицинского и научного интереса, а также социального, и предсказал, что придет время, когда женщины смогут получать «инъекцию какого-то вещества в кровотоки», которая будет предотвращать беременность в течение длительного срока, может быть двух или трех лет. И все же, несмотря на его способность понять важность контроля рождаемости для женщин, он тем не менее предполагал, что молодая женщина, которая сутулится, чтобы скрыть свою грудь, должно быть, страдает от неспособности понять, что происходит с ее телом, а не испытывает совершенно рациональное желание не быть объектом похотливых взглядов.

Разумеется, проблема объективации женского тела всегда выходила за рамки врачебных компетенций. Если и есть лекарство от этого недуга, оно культурное и социальное, а не медицинское, и, когда Фишбейн и другие инструктировали женщин о правильной осанке, они не выносили нормативного суждения; они лишь описывали то, что есть, а не то, что должно быть. И все же женщины того времени, несомненно, замечали, что «здоровая» осанка также была той, которая выставляла их тела напоказ.

«Девочка бросает камень неуклюже, не столько из-за недостатка практики, сколько из-за естественной особенности физического строения».  
*доктор Джон Харви Келлог, «Простые факты для старых и молодых», 1881 г.*

Доктор Джон Харви Келлог, прославленный врач начала XX века, с которым мы ближе познакомимся в главе о пищеварительной системе, печально известен своим убеждением, что запор вызывает интоксикацию мозга. Неудивительно, что у него были и весьма своеобразные представления об устройстве женского скелета. Мало того что он разработал теорию о принципиальной неспособности женщин бросать камни в силу особенностей их анатомии, он еще и утверждал, что из-за различий в строении скелета женщины «в целом менее грациозны и от природы хуже владеют своими конечностями, чем мужчины, а потому меньше подходят для атлетических занятий и любых действий, требующих особой ловкости». В довершение раздел его книги «Простые факты для старых и молодых» завершается отсылкой к френологии, превращая текст в настоящий парад псевдонаучного бреда.

В то время замечания Келлога прекрасно вписывались в давний медицинский консенсус о том, что женщины менее развиты, более хрупки и обладают телесной структурой, предназначенной исключительно для того, чтобы выглядеть красиво и рожать детей, – все это вызвало бы бунт, будь оно сказано в учебной аудитории сегодня. Остеология давно эволюционировала за пределы представления о женщинах как о скелетно примитивных существах.

Так почему же, говоря о неумелых движениях в спорте, мы до сих пор используем выражение «бросает как девчонка»?

Как всегда, убеждения, которые влияли на изучение костей в 1800-х годах, до сих пор укоренены в этой специальности. Убеждение о том, что женщины не созданы для движения, давно уступило место родственному представлению о том, что женщины не любят двигаться, что физическая активность не важна и не существенна для их жизни так, как она важна для

жизни мужчины. В 1950-х годах мы видели, как это проявилось в убеждении спинальных хирургов, что девочка со сколиозом не будет возражать против того, чтобы быть обездвиженной в гипсе месяцами напролет, – но подобные мнения с нами и сегодня, в том, как медицинская профессия подходит ко многим наиболее распространенным ортопедическим проблемам у женщин.

Одна из таких проблем – «замороженное плечо», или капсулит плечевого сустава, недуг, который наиболее часто встречается у женщин старше сорока лет. Это заболевание не только значительно снижает подвижность, но и сопровождается настолько болезненными ощущениями, что не дает пациенткам спать по ночам, – и все же до недавнего времени самым распространенным лечением этого болезненного и разрушительного расстройства было не лечить его вовсе.

«Это называлось „благонамеренным невмешательством“, – рассказывает Бет Шубин Стейн, содиректор центра женской спортивной медицины в Госпитале специальной хирургии в Нью-Йорке. – Ведь проблема со временем проходила сама. Исследования показывали, что заболевание имеет определенные временные рамки – обычно все симптомы исчезали в течение двух лет. Но истинная причина такого подхода в том, что в те времена 98% ортопедов и хирургов, специализирующихся на операциях плечевого сустава, были мужчинами. Сами они с этой проблемой никогда не сталкивались».

Этот подход был изначально предложен в 1940-х годах, но у него было два серьезных недостатка. Во-первых, само понятие благонамеренного пренебрежения основывалось на предположении врачей, что для женщины это благо – иметь ограниченную подвижность в течение нескольких месяцев, если не лет.

А во-вторых, и что более важно, они ошибались: проблема на самом деле не исчезала.

В 2017 году – то есть почти через шестьдесят лет после того, как врачи впервые решили, что женщин среднего возраста не нужно лечить от капсулита плечевого сустава, поскольку им на самом деле и вовсе не нужно уметь двигать руками – в статье, опубликованной в журнале *Physiotherapy*, не нашли подтверждающих доказательств того, что замороженное плечо исцелится само собой. Действительно, вопреки обещанию благонамеренного пренебрежения – легкого, безболезненного разрешения, достигаемого ничегонеделанием – пациентки страдали от «стойких ограничений, длящихся годами.

...Упс?

Помимо идеи о том, что обездвиженность не была серьезной проблемой для женщин, пациентки, страдающие от капсулита плечевого сустава, по-видимому, также сталкивались с другой формой предубеждения, которая к настоящему времени знакома любому изучающему историю медицины: представлением о том, что любая проблема, в основном поражающая женщин, должна иметь психосоматический компонент. В 2006 году Джо Ханнафин, хирург-ортопед, которая долго настаивала на том, чтобы медицинское сообщество более внимательно изучило причины «замороженного плеча», опубликовала статью, в которой среди прочего упоминалась оценка психического здоровья пациенток, лечившихся от этого заболевания. В ней была следующая замечательная строка, отвечающая судя по всему на вопрос, который на удивление действительно нужно было задавать: «Исследователи предположили, что пациентки, преодолевающие адгезивный капсулит, не имеют внутреннего эмоционального, психологического или личностного расстройства».

Сегодня «замороженное плечо» у женщин начинают воспринимать более серьезно и лечить более похожим способом, как лечат аналогичные травмы у мужчин: стероидной инъекцией. Но как говорит Шубин Стейн: «Это был долгий путь».

Между тем медицинской науке все еще приходится наверстывать упущенное в изучении тех скелетных заболеваний, которые проявляются у женщин иначе, чем у мужчин. Один из наиболее удачных примеров – разрыв передней крестообразной связки (ПКС), травма, которая

не только поражает молодых женщин по сравнению с молодыми мужчинами в соотношении десять к одному, но которую я и сама получила в четырнадцать лет. Несмотря на то, что меня наблюдал прекрасный и внимательный врач, в смотровом кабинете проявились все те же двойные стандарты: вместо того чтобы устранить разрыв, доктор предложил подождать несколько лет – пока я не пойму наверняка, действительно ли мне так уж нужно мое колено. Он похлопал меня по руке.

«Посмотрим, насколько активный образ жизни вы в итоге выберете», – сказал он.

К счастью, даже за последние двадцать лет ситуация в этом направлении улучшилась; активной четырнадцатилетней девочке с такой же травмой сегодня немедленно провели бы реконструкцию. К сожалению, гендерное равенство в лечении разрывов ПКС все еще остается недостаточным – особенно в случаях, когда требуется внимание к тому, что делает женскую скелетную структуру уникальной. Женщины рвут свои ПКС по другим причинам, другими способами, нежели мужчины. Им нужны другие формы физиотерапии для заживления травмы, и им нужны другие исследования, чтобы определить, как не только лечить разрывы ПКС, но и предотвращать их. И даже тогда научное сообщество все еще увязает в вопросе о том, что составляет полезную информацию о женском теле. «В какой-то момент, – рассказывает мне Бет Шубин Стейн, – исследователи заикнулись на идее менструального цикла как фактора риска для разрывов ПКС и начали вкладывать огромные суммы денег в изучение этого аспекта».

Можно ли сравнить это с мрачными временами прошлого, когда ученые изучали рельеф женских черепов, пытаясь доказать интеллектуальную неполноценность женщин и их неспособность быть равными? Разумеется, нет. Исследователи, изучающие возможную связь между менструальным циклом и травмами передней крестообразной связки, несомненно, пришли бы в ужас и негодование от такого сравнения. И все же повышенное внимание к менструации невольно переключается с той архаичной идеей о том, что женщины анатомически не предназначены для определенных занятий и социальных ролей.

«В конечном счете это немодифицируемый фактор риска», – говорит Шубин Стейн, имея в виду, что его нельзя изменить. С другой стороны, один из наиболее распространенных факторов, способствующих травмам ПКС у женщин, – это то, как они располагают свои стопы и ноги, когда делают что-то, что создает нагрузку на коленный сустав – другими словами, чрезвычайно модифицируемый фактор риска. «Но когда дело доходит до исследования того, как женщины могли бы изменить свои тренировочные программы или положение стоп, чтобы уменьшить повреждение колен, – говорит Шубин Стейн, – финансирования как не было, так и нет».

\* \* \*

В приемной у эндокринолога звучит «Лебединое озеро». Она узнает его с первой ноты, жалобного тона гобоя, который всегда звучал для нее как плачущая женщина. Вот-вот польется музыка, и Одетта в белоснежных одеждах появится из-за кулис, ступая в таинственный лес. Она встретит мужчину, незнакомца, который поклонится и потянется к ней, а оркестр станет играть громче и ярче. Одетта не знает, но ее судьба предрешена. Ей не следовало идти в лес; не следовало танцевать с незнакомцем. Через несколько минут он наложит заклятие, которое превратит ее в лебедя.

Желание встать, танцевать, непреодолимо. Прошли десятилетия с тех пор, как она танцевала партию Одетты, но она помнит каждый шаг. Некоторые называют это мышечной памятью, но для нее это ощущение гораздо глубже – это музыка, вибрирующая в костях.

Но именно из-за костей она не встает. Из-за них она не будет танцевать и не танцевала уже много лет. Ее ноги в ортопедических кроссовках никогда больше не ощутят тугую хватку пуантов.

И поэтому она сидит, слушая музыку, пока не назовут ее имя.

Как и у Одетты, судьба пациентки была предрешена задолго до того, как она узнала об этом, с того момента, как она вышла из-за кулис; увечья она получила много лет назад, когда была молодой женщиной на пике своей карьеры. Прекращение месячных она восприняла как предмет гордости. Уровень контроля над телом, который был чем-то за пределами грации ее осанки, точности движений. Это было господство над самой природой. Никто не сказал ей, что за это придется заплатить.

В двадцать лет она могла бросать вызов гравитации, прыгая и кружась под сценическими огнями, будто эфирное создание. В пятьдесят гравитация – это наказание: она ходит осторожной шаркающей походкой, ее позвоночник согнут, плечи сутулятся. При первом сканировании плотность ее костей была как у восьмидесятипятилетней женщины, годами прикованной к постели. Крепкое рукопожатие может сломать ей пальцы. Обычное спотыкание может раздробить бедро.

Если бы кто-то сказал ей, что это ее будущее, послушала бы она? Может быть. А может, и нет. Она просто делала то, что от нее ожидали, и была далеко не первой танцовщицей, у которой прекратились месячные, когда она оттачивала свое мастерство. Но ей ничего об этом не сказали.

Вместо этого они хвалили ее. Восхищались телом, которое она создала, его силой и грацией, выступающими ключицами и лопатками, настолько выраженными, что они походили на крылья.

«Ты рождена для танца», – говорили они.

«Я могу пересчитать твои ребра», – слышала она от других.

И когда они это говорили, они улыбались, и она тоже.

\* \* \*

Представление о женском скелете как о хрупком и прекрасном объекте сейчас менее очевидно, чем в литературе XVIII века, но оно все еще с нами – как и культурный багаж, который оно несет. Быть настолько худой, что выпирают ключицы, остается признаком не только красоты, но и статуса; невозможно быть слишком худой или слишком богатой, но если ты одно, то, вероятно, и другое.

Священный статус костлявого тела имеет свои медицинские последствия в форме остеопороза, состояния, которое непропорционально чаще поражает именно женщин. Такая статистика связана с культурными факторами и частично с естественными изменениями в организме, происходящими во время менопаузы – потеря эстрогена вызывает ослабление костей у женщин.

Профессиональная балерина, которая тренируется так самозабвенно и ест так мало, что лишается менструального цикла, наносит невообразимый вред своим костям, пока общество превозносит ее как образец женской силы.

То же самое происходит с женщиной, которая всю жизнь избегает силовых упражнений, потому что боится выглядеть как «качок». Кроме того, остеопороз является фактором риска для женщин всех возрастов, проходящих терапию с подавлением эстрогена в рамках лечения рака груди. Нависающая угроза, которая ждет за кулисами моих пациенток, даже когда они борются за свою жизнь.

Ситуация с остеопорозом в медицине настолько запутанна и настолько тесно переплетена с укоренившимся представлением о женском скелете как о хрупком и слабом, что диагностика и лечение этого заболевания по-прежнему остаются серьезной проблемой. Многие мои пациентки, осознавая риск стремительной потери костной массы, знают и об ужасающих побочных эффектах лечения остеопороза, включая редкое, но страшное осложнение – остео-

некроз челюсти<sup>20</sup>. Даже врачам сложно определить правильную тактику лечения: медицинская наука все еще пытается разобраться, какие методы наиболее безопасны и эффективны. Некоторые женщины отказываются от лечения остеопороза даже после установленного диагноза. Другие – активные, внешне настолько здоровые, что никому и в голову не приходит проверить состояние их костей, – могут вообще не узнать о своем диагнозе, пока случайное падение не обернется катастрофической травмой.

Разрыв между внешним видом и внутренней анатомией также особенно досаждал женщинам, которые преуспевают в преимущественно женских занятиях, таких как гимнастика, фигурное катание и танцы, где то, что выглядит как вершина спортивных достижений, может маскировать наличие изнурительных нарушений соединительной ткани, таких как синдром Элерса – Данлоса (СЭД)<sup>21</sup>. Пациентки с СЭД, 70% которых – женщины, страдают от такой экстремальной гипермобильности, что в итоге могут вывихнуть суставы во сне, но они также часто ждут более десяти лет, чтобы услышать верный диагноз, из-за склонности людей, включая врачей, предполагать, что их гибкость – это не просто естественная женская черта, но и желанный дар. Одной из моих однокурсниц из медицинской школы, бывшей танцовщице, которая годами страдала от боли в суставах и полдюжины раз вывихивала коленную чашечку, так и не поставили диагноз, пока она не стала преподавателем в Хопкинсе – когда она узнала свои собственные симптомы во время лекции о нарушениях соединительной ткани.

Тем не менее осведомленность об этих расстройствах, непропорционально чаще поражающих женщин, растет, и женскому скелетному здоровью сегодня уделяется больше любопытства и внимания, чем когда-либо прежде. Сегодня ни один врач не стал бы надеяться (как это делали редакторы журнала *Lancet* в 1869 году), что женщина задушит себя своим же нижним бельем в наказание за пренебрежение его рекомендациями, или ставить диагноз девочкам-подросткам, объясняя его тем, что они сами спровоцировали искривление позвоночника чрезмерной мастурбацией. Но большим изменениям способствует активное противодействие изнутри и часто со стороны женщин-врачей. Противодействие двум факторам – объективации и патернализма, – которые слишком долго доминировали в ортопедической медицине.

Такие врачи, как Бет Шубин Стейн, пытаются развеять устойчивое мнение о том, что ортопедия – исключительно мужская вотчина. Женщин отпугивают расхожие мифы об этой специальности. «Бытует мнение, что хирург-ортопед непременно должен быть атлетом-тяжеловесом. Или что для этой работы нужна особая любовь к мощным инструментам», – говорит она, перечисляя типичные предубеждения, из-за которых женщины-врачи не выбирают ортопедическую специализацию. Источник этих заблуждений нетрудно проследить; в прошлые годы ортопедические хирургические инструменты были стандартизированы под размер и силу хвата мужских рук, а другое оборудование, например радиационные защитные экраны, используемые в большинстве ортопедических лабораторий, не обеспечивали адекватной защиты груди женщин-врачей, поскольку были разработаны по меркам мужского торса. Но возросшее присутствие женщин в медицине означает, что эти проблемы больше не остаются незамеченными – как и некоторые более очевидные проявления архаичной идеи о том, что женские кости и тела лучше понимать с точки зрения эстетической ценности, а не как источник медицинских знаний. Еще в 2014 году учебник «Методики ортопедического обследования», опубликованный издательством *Cambridge University Press*, включал изображения пышногрудых пациенток во время осмотра (а в некоторых случаях осмотр больше походил на ощупывание) руками невидимого мужчины; женщины на фотографиях были одеты лишь в нижнее белье и демонстрировали весьма призывные выражения лиц. Очевидно, авторы этого

---

<sup>20</sup> **Остеонекроз челюсти** – это состояние, при котором происходит отмирание и разрушение костной ткани челюсти, часто в результате воспаления или как осложнение при приеме определенных лекарств. – *Прим. ред.*

<sup>21</sup> **Синдром Элерса – Данлоса** – это наследственное нарушение развития коллагеновых структур, характеризующееся гипермобильностью суставов, гиперупругостью кожи и выраженной хрупкостью тканей. – *Прим. ред.*

учебника не учли, что некоторые из начинающих хирургов, обращающихся к этим текстам, могут быть женщинами; после насмешек со стороны женщин-врачей и международной прессы такую ошибку они точно больше не повторят.

Что касается потребностей пациенток, женщины обретают свой голос и обнаруживают, что мир наконец начинает их слушать. Пациентки с нарушениями соединительной ткани, такими как СЭД, используют социальные сети для объединения и мобилизации в поисках лучшей диагностики и лечения заболеваний, которые долгое время игнорировались медицинским сообществом. Такие влиятельные личности, как паралимпийская чемпионка Джессика Лонг, ежедневно повышают осведомленность о проблемах, с которыми сталкиваются женщины-ампутанты в поисках протезов, правильно разработанных для женского тела и женской жизни. А Омри Аялон, хирург-специалист по кистям рук и содиректор Центра реконструкции после ампутации в Нью-Йоркском университете, рассказывает, что врачи учатся преодолевать собственные предубеждения в отношении подбора протезов для пациенток, просто предоставляя этим женщинам большую роль в процессе принятия решений относительно их собственного лечения. Область протезирования совершила огромный скачок за последние десятилетия, и врачи часто, что вполне понятно, воодушевлены перспективой оснащения пациентов передовыми бионическими частями тела, которые восстанавливают беспрецедентный уровень функциональности.

«Мы словно очутились в мире научной фантастики – мы можем дать этим людям работающие руки», – рассказывает Аялон. Именно женщина, потерявшая все четыре пальца в результате производственной травмы, открыла ему глаза на то, что функциональность имеет свои ограничения: не все хотят иметь руку, которая выглядит так, будто когда-то принадлежала Терминатору.

«Оказалось, что ее совершенно не волновала функциональность, но значительно заботил внешний вид, эстетическая сторона, – говорит он. – Но нельзя сказать, что силиконовый протез для женщины сделают более красивым, чем для мужчины. Его сделают так, как мы попросим».

В этом случае, поскольку пациентка настаивала на том, что хочет красивую руку больше, чем функциональную, – и поскольку ее врач доверял ей в определении собственных приоритетов при восстановлении утраченных пальцев, – Аялон поручил лаборатории изготовить поразительно реалистичный протез, который позволил его пациентке жить в обществе, не привлекая внимания к своей инвалидности. Результат стал откровением не только для пациентки, но и для ее врача. Сегодня Аялон описывает эти эстетически ориентированные протезы с таким же восхищением, как и бионические конечности «уровня научной фантастики» с подвижными суставами.

«Вы не поверите, но эти силиконовые протезы настолько искусно сделаны, что никто и не догадается об ампутации, – говорит он. – Это настоящее чудо!»

Когда-то врачи и антропологи утверждали, что женщины настолько хрупки и примитивны на скелетном уровне, что можно смело утверждать о том, что они не приблизились к вершине эволюции. Ученые изучали внутренний объем женских черепов в поисках доказательств их интеллектуальной неполноценности. И в результате развили область специализации, основанную на убеждении, что женщины просто не созданы для этого мира. Сегодняшняя задача, которую ортопедические врачи и пациенты должны решать вместе, состоит в том, чтобы отказаться от этих предвзятых основ в пользу новой парадигмы – той, в которой мир и медицинская система созданы и для женщин тоже.

### 3. МЫШЦЫ

#### Мышечная система. Кто здесь самый слабый?

За всю историю медицины, пожалуй, не найти более трагического случая, чем женщина, чей разум, тело и общее здоровье были разрушены ездой на велосипеде. Физически сломленная, психически подавленная, столь же гротескная, сколь и жалкая. Ее бескровные губы застыли в постоянной гримасе; глаза навывкат; лицо бледное, в пятнах, с темно-фиолетовыми кругами под глазами и глубоко врезавшимися на лбу морщинами недовольства. Под подбородком можно заметить неприглядную лягушачью припухлость зоба – явный признак перенапряжения. Ее тело чрезмерно мускулистое, плотное и бесформенное, а ходит она неуклюжей шаркающей походкой из-за деформации таза, вызванной слишком долгим пребыванием в седле.

Однако самые серьезные повреждения скрыты: у пациентки затвердели половые губы в результате постоянных ушибов о велосипедное седло, репродуктивные органы в беспорядке, аппендикс начинает разрываться. А еще есть проблема с рассудком, опасно расшатанным, все больше склоняющимся к безумию.

Прогноз неутешительный. Здоровье пациентки продолжит ухудшаться. Ее психическая нестабильность, теперь проявляющаяся в странном пристрастии к ношению неприглядной и неженственной велосипедной одежды, со временем примет все более зловещие формы. Навязчивая мастурбация. Склонность к убийству. Если она выживет, то никогда не выйдет замуж, никогда не будет иметь детей, никогда не познает удовлетворения от праведной жизни.

Медицинская литература рубежа XIX века изобилует предупреждениями об опасностях, которые езда на велосипеде представляет для физического и психического здоровья женщин. Эта пациентка – покалеченная чрезмерными физическими нагрузками, с выпученными глазами, сломленным рассудком и обезображенными половыми органами – занимает страницу за страницей в медицинских журналах, газетах, срочных письмах от врачей, надеющихся уберечь уязвимых женщин от опасности. Она то, чем вы не хотите стать; она пример того, чего вы должны всеми силами избегать.

Есть только одна деталь, которую врачи никогда не упоминают среди всех своих настойчивых предупреждений: этой пациентки на самом деле не существует.

\* \* \*

Если в других главах мы встречали и встретим реальных пациенток, реальных женщин, чьи случаи стали чистым листом, на который проецировалось столько ранних медицинских предубеждений, то консенсус о том, что физические упражнения в целом (и езда на велосипеде в частности) вредны и опасны для здоровья женщин, был полной выдумкой. Девушка-подросток, развращенная ездой на велосипеде; женщина, страдающая от пугающего заболевания, известного как «велосипедное лицо»: эти пациентки никогда не переступали порог врачебного кабинета. Они были мифом, пугалами, созданными медицинским сообществом и простыми людьми, которые были глубоко встревожены самой возможностью того, что женщина может развить физическую силу, выносливость или, не дай бог, мускулатуру.

Любопытно, что пренебрежение мышечным здоровьем женщин имеет более серьезные последствия, чем многие сопоставимые несправедливости в истории медицины, поскольку древние общества, похоже, разрывались в вопросе о том, является ли физическая подготовка женщин помощью или помехой. С одной стороны, существовало учение Гиппократов, которое

продвигало идею о том, что человеческое тело содержит конечное количество энергии, и, следовательно, чрезмерно активная женщина отвлекает ценные ресурсы от своих репродуктивных органов и, конечно же, рискует нарушить баланс телесных жидкостей, если слишком сильно потеет. С другой стороны, существование женщин-гладиаторов в древнеримском обществе предполагает, что табу против женского атлетизма все же допускало исключения, и некоторые литературные источники того времени указывают на положительные связи между репродуктивными способностями женщины и ее компетентностью в физическом бою: женщина, достаточно сильная для борьбы, предположительно, также имела больше шансов выжить при родах.

Однако даже тогда зрелище женщин, владеющих мечами и щитами, порождало опасения, что социальный порядок может быть нарушен, если они начнут серьезнее относиться к атлетике и спорту. В 200 году нашей эры император Септимий Север официально запретил участие женщин на арене, ссылаясь на опасения, что население, слишком привыкшее свистеть и кричать при виде женщин-гладиаторов, вскоре расширит свои горизонты до повсеместного неуважения к женщинам в целом. Тем не менее его другой, возможно, более насущной целью было держать под контролем спортивные амбиции самих женщин. Арена имела свои особенности, была больше представлением, чем спортом (подобно тому, как современный фарс WWE<sup>22</sup> имеет мало общего с настоящей соревновательной борьбой). Но если женщинам разрешат тренироваться для первого, они могут в конечном счете захотеть участвовать во втором, вплоть до участия в Олимпийских играх. И если вид женщин, избивающих друг друга в театральном бою, был одним делом, то перспектива их реального сражения была совсем другим – тем видом нарушения, который мог беспрецедентно потрясти общество.

Спустя примерно 1600 лет эти же тревоги проявились вокруг новой угрозы: велосипеда. Ужасающая мысль о женщине с видимыми мышцами (не говоря уже о пристрастии к ношению брюк) была лишь началом. Велосипед был средством передвижения, на котором женщина могла тренировать не только свое тело, но и автономию. Он символизировал свободу, соревновательность и возможность для женщины уехать далеко от дома, не прибегая ни к чьей-либо помощи, – и, следовательно, также представлял множество зарождающихся страхов о тревожных последствиях освобождения женщин от роли жены, матери и хранительницы домашнего очага. И хотя врачи могли бы прийти к пониманию положительного влияния велосипедной езды на здоровье женщин, если бы их оставили в покое, культура того времени требовала противоположной реакции: тогда, как и сейчас, контролировать женские тела было гораздо проще (и казалось гораздо менее зловещим), если это подкреплялось наукой.

«Не будьте пугалом. Не падайте в обморок на дороге. Не носите мужскую кепку. Не носите тугие подвязки».

«Не хвастайтесь своими длинными поездками. Не критикуйте чьи-либо „ноги“. Не носите кричащих по цвету леггинсов. Не культивируйте „велосипедное лицо“».

«Не отказывайтесь от помощи при подъеме в гору».

«Не используйте велосипедный жаргон – оставьте его мужчинам. Не выходите после наступления темноты без сопровождения мужчины. Не чиркайте спичкой по задней части своих блумеров<sup>23</sup>. Не обсуждайте блумеры с каждым встречным мужчиной».

---

<sup>22</sup> **WWE (World Wrestling Entertainment)** – это американская развлекательная компания, специализирующаяся на профессиональном рестлинге. – *Прим. ред.*

<sup>23</sup> **Блумеры (bloomers)** – широкие шаровары для женщин, названные в честь Амелии Блумер, которая популяризировала их в XIX веке как более удобную альтернативу длинным юбкам. Они были особенно популярны среди женщин-велосипедисток. – *Прим. пер.*

«Не появляйтесь на публике, пока не научитесь хорошо ездить. Не перестарайтесь. Пусть велосипедная езда будет отдыхом, а не работой. Не игнорируйте правила дорожного движения только потому, что вы женщина».

«Не воображайте, что все на вас смотрят».

*отрывок из руководства для женщин-велосипедисток, опубликованного во многих газетах в 1895 году*

Хотя велосипеды существовали в различных формах на протяжении большей части XIX века, внезапное повсеместное распространение велосипедной езды как досуга, начавшееся в 1890-х годах – и ее особая популярность среди женщин и молодежи – породило широко-масштабную моральную панику. Помимо руководств по этике, подобных приведенному выше, газеты публиковали графические описания кровавых велосипедных происшествий и редакционные статьи со стенаниями об угрозе, которые велосипеды представляют для цивилизованного общества. Медицинское сообщество находилось под огромным давлением, требующим осудить езду на велосипеде, особенно теми членами общества, которые считались наиболее хрупкими, наиболее подверженными развращению и наиболее нуждающимися в защите. Вскоре появился обширный корпус литературы, осуждающей женскую велосипедную езду как физически опасную и морально развращенную.

В 1896 году, через год после того, как *газеты по всей стране* определили «велосипедное лицо» как модное табу, британский врач Артур Шадвелл придал ему дополнительный вес медицинского состояния статьей в журнале *National Review* под зловещим заголовком «Скрытые опасности велосипедной езды».

«Некоторое время назад я обратил внимание на особенный напряженный, застывший взгляд, часто связанный с этим времяпрепровождением, и назвал его „велосипедным лицом“, – писал Шадвелл. – Повсеместное принятие этой фразы с тех пор указывает на всеобщее признание ее справедливости. У некоторых это „лицо“ выражено сильнее, у некоторых слабее, но оно есть почти у всех, кроме маленьких мальчиков».

По мнению Шадвелла, велосипедная езда несла риск физического и психического расстройства для любого человека, но именно для женщин он приберег самые пугающие предостережения. Статья включала множество предполагаемых клинических случаев, которые больше походили на городские легенды, среди них – история о незадачливой молодой женщине, которая была «здоровой, немного сильнее среднего» до того рокового дня, когда начала кататься на велосипеде: «По всей видимости, короткие дистанции ей даются не труднее, чем всем остальным. Но однажды поездка затянулась, в целом ничего особенного, может быть, на десять миль: результат – полный упадок сил, несколько дней постельного режима».

Полный упадок сил был лишь одним из рисков, которые велосипеды представляли для молодых женщин; Шадвелл также предупреждал, что велосипедистки рисковали получить истощение, нервозность, тревожность, увеличение щитовидной железы (зоб), внутреннее воспаление, хроническую дизентерию и бесплодие, и это лишь некоторые из возможных опасностей. Примечательно, что эти случаи часто были связаны не с механикой езды на велосипеде, а с поездками на более длинные дистанции. Шадвелл и ему подобные могли неохотно признать, что женщина может ездить на велосипеде, но невозможно было не заметить подтекст: на велосипеде или без него, большие опасности ждали женщину, которая слишком сильно выходила за рамки, слишком далеко уезжала от дома.

Между тем, несмотря на призывы газеты *New York World* «не воображать, что все на вас смотрят», женщинам-велосипедисткам можно было простить вывод о том, что многие люди, включая врачей, действительно смотрели на них и выносили чрезвычайно суровые суждения на основе увиденного. И средства массовой информации, и медицинские круги уделяли много внимания велосипедным костюмам женщин, которые рассматривались как свидетельство явного безумия их обладательниц: «Если комиссары по делам душевнобольных класси-

фицировали каждую женщину, которую они видели в велосипедном костюме, как человека с неуравновешенной психикой, они, очевидно, делали это совершенно обоснованно», – заявляла статья в *New York Times* 1896 года. В том же году в очередном номере *Journal of the American Medical Association* развернулась дискуссия о езде на велосипеде, где бывший главный хирург США Джон Гамильтон сокрушался по поводу «костюма и позы, которые делают девяносто женщин из ста нелепым зрелищем».

Что касается позы, многие врачи стали особенно одержимы велосипедными седлами и их возможным влиянием на женское тело, уделяя особое внимание воздействию езды на велосипеде на беременность, роды и воспитание детей. Упомянутая статья в *Journal of the American Medical Association* делала широкие заявления о физиологическом воздействии велосипедной езды, утверждая, что «женщина, особенно девушка-подросток, не может находиться на вершине клина без вреда для структур выше и деформации таза», но даже врачи, не согласные с Гамильтоном относительно вредного воздействия велосипедных седел, с трудом формулировали свои аргументы иначе, чем в репродуктивных терминах. Как и защитники женщин-гладиаторов более тысячи лет назад, те, кто утверждал, что женщины могут безопасно ездить на велосипеде, делали это с позиции, что это укрепит таз и, следовательно, сделает их более эффективными в вынашивании и рождении детей. И даже тогда критики не могли удержаться от насмешек. В 1898 году в *Journal of the American Medical Association* появилась очередная редакционная статья, на этот раз авторства доктора А. К. Симонтона. Он с раздражением отмечал, что все эти дискуссии о женском тазе совершенно беспочвенны. «Пусть даже велосипед и способен деформировать таз, – настаивал он, – это едва ли как-то повлияет на течение родов». По его мнению, сама проблема была надуманной, поскольку чарующий зов велосипеда настолько захватит женщин, что им будет просто некогда думать о беременности. «Найдет ли велосипедистка время отложить в сторону свой двухколесный экипаж хотя бы для того, чтобы родить ребенка, не говоря уже о воспитании полноценной семьи?» – вопрошал он риторически, добавляя, что сама мысль о велосипедистке с детьми кажется ему настолько абсурдной, что он о подобном даже не слышал.

Но поскольку это была викторианская эпоха, анатомическое воздействие велосипедов в конечном счете было гораздо менее интересным для врачей, чем поведенческое. И в этом отношении они были единодушны: худшее в велосипедах было то, что женщины могли и будут использовать их для самоудовлетворения.

Конечно, дело было не только в велосипедах. Врачи той эпохи были одержимы призраком женского самоудовлетворения как симптомом, причиной или иногда и тем и другим, связанным с поразительным множеством недугов (феномен, который подробно рассматривается в нескольких главах этой книги). Но здесь сексуально возбуждающая природа велосипедных седел представляет замечательный пример того, как медицинское сообщество пришло к выводу несмотря на отсутствие исследований – и отвергло женщин, противоречивших их предположениям, как ненадежных лжецов.

Среди врачей, убежденных в связи между велосипедами и самоудовлетворением, был доктор Роберт Лату Дикинсон, гинеколог, с которым мы более подробно встретимся в главе 11 о репродукции. В 1895 году Дикинсон написал статью для журнала под названием «Велосипедная езда для женщин с точки зрения гинеколога», уделяя особое внимание влиянию езды на велосипеде на сексуальное здоровье женщин. По иронии судьбы это была одна из первых и редких попыток выступить в защиту женского велоспорта, однако его доводы оказались куда более нелепыми и оскорбительными, чем самые яростные нападки противников. Дикинсон охотно признавал, что не мог найти ни одного случая, когда езда на велосипеде превратила женщину в хроническую любительницу самоудовлетворения, но это не поколебало его убеждения о том, что следует принять все возможные меры для предотвращения этого: «Вполне воз-

можно представить, что при определенных условиях велосипедное седло могло бы как породить, так и распространить эту ужасную привычку», – писал он.

Конечно, эти определенные условия существовали в основном в воображении Дикинсона, которое было действительно живым. (Он также верил, что может определить любительницу самоудовлетворения по размеру и форме ее гениталий, теория, которую он пытался доказать, делая подробные зарисовки – и в конечном счете глиняные скульптуры – интимных частей своих пациенток.) Но он и вправду верил, что если риск получения женщинами сексуального удовлетворения от езды на велосипеде можно уменьшить, то в остальном это полезное занятие в умеренных количествах и даже своего рода панацея, от нервного расположения до менструальных спазмов. Здесь к нему присоединился доктор Джордж С. Браун, который в 1896 году написал опровержение антивелосипедной критики бывшего главного хирурга в *Journal of the American Medical Association*: Браун считал, что маленькие девочки, запертые в детских комнатах, где они проводили время, тихо играя с куклами и другими «бесмысленными развлечениями», становятся «бледнолицыми, с тусклым взглядом и страдают от запоров» в результате слишком низкой физической активности. И как бы плоха ни была езда на велосипеде, оставлять молодых женщин сидеть сложа руки дома породит гораздо худшие последствия – учитывая, что «праздность и эротические мысли всегда идут рука об руку». Другими словами, Браун считал, что велосипедная езда, далекая от того, чтобы служить приглашением к самоудовлетворению, могла бы быть полезной профилактикой.

Путаный и противоречивый дискурс вокруг медицинских опасностей велосипеда был, конечно, основан не на науке, а на обычной общественной нервозности, которая кристаллизуется вокруг всего нового.

Тот же страх, который питал ужасные истории о «велосипедном лице», можно встретить на протяжении всей истории. Страх, который оживлял панику по поводу всего, от поездов до телефонов и телевизоров до хеви-метал-групп 1980-х годов. Примечательно, что не только мужчины поддались этой панике. Даже такие организации, как Женская спасательная лига (*Women's Rescue League*), ополчились против «велосипедной напасти». В 1896 году, когда в медицинских журналах разгорелись жаркие споры о велосипедах, основательница лиги Шарлотта Смит опубликовала пламенное обращение, которое перепечатали газеты по всей стране.

«Езда на велосипеде увеличила количество безрассудных девушек, которые в конечном счете пополняют ряды отверженных женщин Соединенных Штатов, – писала Смит. – Велосипед – это передовой агент дьявола морально и физически в тысячах случаев».

В конце концов и медицинское сообщество, и моральные авторитеты того времени сговорились согласиться, что езда на велосипеде – это занятие, которым женщина должна заниматься только с разрешения своего врача, предостережение, которое быстро переключалось из медицинских журналов в массовую прессу. «Ни одна женщина не должна ездить на велосипеде, не посоветовавшись сначала со своим врачом», – объявил *Harper's Weekly* в 1896 году.

Но, несмотря на утверждения о том, что женщина, занимающаяся физическими упражнениями без присмотра, рискует своим здоровьем, ясно видно, что истинной угрозой считалось не телесное здоровье, а статус-кво. Когда в 1897 году в Кембриджском университете развернулись протесты против приема женщин в колледж, студенты-мужчины вывесили на Маркет-сквер чучело «Новой Женщины» – олицетворение тех самых социальных перемен, которые так их пугали.

Чучело сидело верхом на велосипеде.

«1. Вне тренировок и матчей игрокам надлежит носить **ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО** женственную одежду. Это правило остается в силе на протяжении всего сезона, включая период плей-офф, даже если ваша команда выбыла из соревнований. **КАТЕГОРИЧЕСКИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ**

## ПОЯВЛЯТЬСЯ НА ТРИБУНАХ В СПОРТИВНОЙ ФОРМЕ, А ТАКЖЕ НОСИТЬ БРЮКИ ИЛИ ШОРТЫ В ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕСТАХ.

2. Мальчишеские стрижки недопустимы, и в целом ваши волосы всегда должны быть прилежно уложены, при этом длинные волосы предпочтительнее коротких стрижек. Помада должна быть нанесена всегда».

*Всеамериканская профессиональная женская бейсбольная лига, Правила поведения для игроков, 1943 г.*

Хоть и конкретная паника вокруг медицинских опасностей велосипеда отошла на второй план в начале XX века, тревога по поводу женских физических упражнений сохранялась. Показательно для того времени, что врачи так же настойчиво говорили о рисках маскулинизации женщин от физических упражнений, как и о предполагаемых угрозах их здоровью – даже те, кто считал, что физическая активность может быть полезной для женщин. Один врач, Дадли А. Сарджент, проявлял освежающий скептицизм в отношении представления о том, что женщины слишком хрупки для физических упражнений, оспаривая как викторианский стереотип о женщинах как о хрупких созданиях, склонных к обморокам, так и викторианские условности в одежде, включая корсеты, которые затрудняли движение.

Но даже Сарджент, который выделялся тем, что рекомендовал энергичные упражнения для обоих полов, тщательно проводил различие между физическими упражнениями и атлетикой, подпитывая общее ощущение, что женщины не подходят для последней. В 1912 году он написал обширную статью для очередного номера *Ladies' Home Journal* под названием «Делает ли атлетика девушек мужеподобными? Практический ответ на вопрос, который задает каждая девушка». В ней он подчеркивал, что женщины должны заниматься физическими упражнениями только определенным образом, чтобы не перенапрягать свой организм или, что еще хуже, не начать выглядеть как мужчины.

Как ни соблазнительно видеть в Сардженте откровенного шовиниста – он описывал «опасность» того, что спортивные женщины приобретают «явные мужские черты», и рекомендовал модифицировать атлетику и снизить значение соревновательности, чтобы учесть женскую склонность к «сильным эмоциональным расстройством», – стоит отметить, что его лично не беспокоила перспектива того, что женщины станут более мускулистыми, скорее он осознавал, что этим были озадачены остальные, включая самих женщин. На самом деле мнение Сарджента о физических возможностях женщин было не только противоположно условностям того времени, но и крайне противоречивы: в 1910-х годах его заявления вызвали целую череду скандалов. Сарджент утверждал, что предполагаемая физическая хрупкость женщин – это миф, аффектация, призванная привлечь мужское внимание, и в которой сами женщины были соучастницами. Его замечания включали заявление о том, что «робость женщины и ее традиционная неполноценность в физическом плане и храбрости являются, сознательно или нет, позой. Своего рода способ приглашения к преследованию».

На самом деле, настаивал Сарджент, женщина была менее эволюционировавшей, чем мужчина, – «Ближе к природе и больше дикарка» – и, следовательно, более способна выдерживать физический дискомфорт, возможно, даже лучше подходила для военной службы. Когда газета *St. Louis Post-Dispatch* опубликовала комментарии Сарджента, статья вышла под провокационным заголовком: «Слабый пол? Нет, не женщина, а мужчина!»

И провокация удалась; каждый раз, когда Сарджент выдвигал идею о том, что женщины более чем способны стать спортсменками, солдатами и выполнять тяжелую физическую работу, подобные утверждения встречались осуждением и насмешками. «Мужчины должны противостоять таким пагубным доктринам», – заявляло одно письмо редактору, в то время как другой обозреватель иронизировал: «Утверждение доктора Дадли Сарджента из Гарварда о том, что женщины сильнее мужчин и могут выдержать больше, встречает широкое противоречие, но, возможно, он прав. Посмотрите, как женщины выдерживают своих мужей!»

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.