

Введение

ГЕНДЕРНЫЙ ПОДХОД В ИССЛЕДОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАКТИК

В данном сборнике представлены результаты исследования репродуктивных и сексуальных политик и практик, связанных с обеспечением здоровья. Мы определяем наш общий подход как гендерный, и нам необходимо показать, в чем он заключается.

Во-первых, большинство статей и эссе в данном сборнике обращаются к опыту женщин. Это связано с тем, что именно женщины находятся в центре внимания репродуктивного сектора медицины (официально включенного в риторику «охраны материнства и детства»), именно на них в первую очередь направлена демографическая политика, именно они — как матери — считаются ответственными за ее реализацию. Анализ женского опыта в данном случае осуществлялся, исходя из *методологии позиционного подхода*, разработанного в феминистской эпистемологии (*standpoint approach*). В рамках этого подхода пережитый опыт угнетенных и депривированных индивидов и групп рассматривается как источник ценного и аутентичного знания, ориентированного на социальные изменения. В центре нашего интереса — феноменологическая интерпретация опыта женщин. Из этого, разумеется, не следует, что проблемы репродуктивного/сексуального здоровья не касаются мужчин. Напротив, мужчины могут болезненно относиться к медицинскому вмешательству в свою интимную жизнь, однако это лишь в незначительной степени осознается в современной России и лишь постепенно становится предметом специальных исследований.

Стремясь представить женский опыт, мы не ограничились здесь исследовательскими статьями, а включили в сборник дневниковые записи и эссе социологов, оказавшихся в роли пациенток, переживших и описавших этот опыт.

Во-вторых, теоретической рамкой данных исследований является *структурно-конструктивистский подход*, в рамках которого гендерные различия и неравенство описываются как социально производимые. Мы утверждаем, что воспроизводство жестких гендерных границ в сфере репродуктивного здоровья приводит к тому, что опыт родительства продолжает осознаваться в обществе и институционально поддерживаться как преимущественно женский. Это не только порождает женские депривации, но также поддерживает исключение мужчин из сферы семейной заботы. Стереотипы маскулинности препятствуют тому, чтобы мужчины заботились о своем здоровье, следовали практикам ответственного сексуального и репродуктивного поведения. Таким образом, идеал гендерного партнерства становится труднодостижимым.

В-третьих, мы признаем, что обсуждение многих вопросов в этой коллективной монографии *ценностно ориентировано*. В современном российском обществе нет консенсуса по поводу аборт, новейших средств контрацепции, новых репродуктивных технологий, участия отца в родах, по поводу соотношения личной и государственной ответственности за репродуктивное здоровье, сексуальное образование, по поводу проблем медицины в целом. Нет согласия и по поводу предназначения мужчин и женщин, их роли и ответственности в осуществлении репродуктивных практик. Эти темы неизбежно порождают моральные оценки и политизируются. Феминистская позиция, которой мы придерживаемся, заключается в том, что и женщины, и мужчины должны обладать равными возможностями контролировать свою жизнь, а социальные институты должны обеспечивать им такую возможность.

В-четвертых, в центре нашего внимания — структурные ограничения, которые создают барьеры на пути обеспечения репродуктивного здоровья, получения необходимых знаний. Среди таких структур — бюрократическая организация медицины, ограничения в системе сексуального просвещения, недостаточная эффективность контрацептивной политики и пр. Гендерный (феминистский) подход предполагает *критическое отношение к структурным барьерам*, препятствующим свободе выбора и реализации личного контроля над своей жизнью, здоровьем, репродуктивным и сексуальным поведением.

В-пятых, авторы критически относятся к *монополии власти медицинского знания*, к авторитарной медиализации женского тела и репрессивным действиям медицины по отношению к больной, беременной или рожаящей женщине. Власть авторитарной медицины является

предметом критики феминистских исследователей во многих странах. Однако в России эта проблема имеет свою специфику, которая проявляется не только во власти профессионального знания и асимметрии отношений между врачом и пациентом, но и в неэффективности бюрократической организации медицины, отсутствии четких правил, сочетании бесплатного обслуживания с формальными и неформальными платежами. Пациентки чувствуют себя объектом манипуляций, по поводу которых им трудно получить доступные разъяснения, они не верят врачам. Новое поколение женщин крайне не удовлетворено условиями медицинских учреждений, их новая идентичность и стратегии — в центре наших исследований.

В данный сборник включены статьи, каждая из которых опиралась на собственное поле. (Каждая статья включает описание этих данных.) Кроме того, авторы используют три массива данных. *Первый массив* получен в рамках проекта «Сексуальные и репродуктивные практики в России: свобода и ответственность (Санкт-Петербург, начало XXI века)», его финансовая поддержка осуществлена Гендерной программой ФПНиС ЕУСПб — Фондом Форда, 2005 год. Сексуальные биографии двадцати женщин и десяти мужчин, принадлежащих к двум возрастным когортам (от 17 до 25 и от 30 до 45 лет), были собраны методом глубинных интервью. Из тридцати опрошенных 20 информантов относятся к среднему классу (12 женщин и 8 мужчин), 10 — к низшему среднему классу. *Второй массив* включает биографические глубинные фокусированные интервью, собранные в рамках проекта «Модели фертильности и семейные формы» (Fertility patterns and family forms, № 208186; финансовая поддержка Финской АН). В рамках подпроекта «Новый быт» (2004–2005 гг.) было взято 67 глубинных фокусированных интервью. Среди них — 44 с представительницами среднего и высшего среднего класса, женщины в возрасте 27–40 лет, 1964–1977 г. р., формативные годы которых приходятся на предперестроечный и перестроечный период. *Третий массив* был собран в рамках проекта «Нетрадиционные угрозы безопасности в России» (Non-Traditional Threats to Russia's Security), грант Carnegie Corporation of New York B7819. Он включает 18 интервью с медицинскими работниками. Среди них 11 интервью с гинекологами и акушерами, одно с педиатром, одно с невропатологом, пять с экспертами в сфере здравоохранения. Большинство интервью (11) были взяты в Петербурге. В ходе проекта было собрано семь *дневников включенного наблюдения* (дневник практики

в гинекологической клинике студентки медицинского вуза, три дневника беременности и родов, дневник посещения гинеколога, дневник истории болезни ребенка, дневник лечения в хирургическом отделении больницы). Также было взято два глубинных интервью с пациентками, недавно пережившими опыт родов.

Первая часть книги посвящена проблемам сексуального просвещения в современной России и последствиям сексуального невежества. Авторы усматривают политический конфликт между сторонниками сексуального образования и консерваторами, видящими в нем угрозу для нравственного здоровья нации. Авторы полагают, что распространенность аборт и ЗППП объясняются сексуальным невежеством и гендерной слепотой образовательных программ.

Сексуальное просвещение/образование является предметом острых дебатов в России последних лет. *Мишель Ривкин-Фиш* и *Виктор Самохвалов* рассматривают изменение педагогических подходов в области сексуального и репродуктивного образования. Авторы показывают, как транслируется и изменяется власть экспертного знания в условиях повышенного внимания общественности к вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Исследователи демонстрируют различия в реализации профессиональной власти гинекологов и психологов. Дискурс гинекологов концентрируется на понятиях физической и моральной чистоты, они настаивают на необходимости дисциплины и подчинения пациентов авторитету врача. Психологи в большей степени стараются развивать диалоговую форму взаимодействия, поощряя референтов коммуникации к самопознанию и развитию, к заботе о себе, тем самым осуществляя ненавязчивое влияние, а не прибегая к механизмам принуждения. Гендерные стереотипы при этом воспроизводятся как гинекологами, так и психологами.

В статье *Ольги Снарской* анализируется современная российская дискуссия о сексуальном образовании. Исследовательница связывает позиции участников дискуссии с их отношением к проблематике национализма. Противники сексуального просвещения озабочены стремлением возродить духовность российской нации, противопоставляя последнюю «западным моральным стандартам». Сторонники сексуального просвещения связывают его с ориентациями на безопасное сексуальное поведение и избегание рисков. Они подчеркивают ценность семьи, здоровья детей и пр., т. е. используют сходные с противниками аргументы. Педагогические практики и рекомендации воспроизводят

представления о поляризации гендерных ролей. В ряде случаев декларируется гендерное равенство в подходе к сексуальному просвещению, однако оно не поддерживается в практических действиях. В дискуссии происходит поиск «локального» компромисса между признанием глобальных тенденций либерализации и ориентациями на моральное здоровье нации.

В статье *Анны Тёмкиной* анализируются позднесоветские дискурсы о сексуальности. Исследовательница на примере анализа рекомендаций и руководств по половому просвещению показывает, что в 1960-е гг. началось осторожное обсуждение либеральных сексуальных практик в психологической, социологической, медицинской, педагогической литературе. Это обсуждение было направлено на преодоление негативных последствий половых отношений, угрожающих советской морали, а также отчасти — на преодоление сексуального невежества. В этих текстах утверждались гендерно-поляризованные нормы, несмотря на декларацию равенства полов при социализме. Данное исследование помогает сопоставить современные и позднесоветские представления о сексуальности и морали, увидеть преемственность и различия.

В статьях Виктории Сакевич и Елены Здравомысловой практики аборт анализируются как последствия сексуального невежества. *Елена Здравомыслова* показывает, как в советское время абортная контрацептивная культура стала ядром гражданского статуса женщины. Символически аборт являлся платой за репродуктивную свободу в условиях институциональной нехватки альтернативных возможностей контроля рождаемости. В настоящее время происходит морализация аборта, из рутинной практики женщины он становится предметом нравственного выбора и осуждения.

Виктория Сакевич, исследуя динамику статистики аборт в России, показывает, что регулирование рождаемости в России стало повсеместно распространенным с 1960-х гг. При этом преобладающий способ регулирования рождаемости в позднесоветский период был задан «абортной культурой». Начиная с 1990-х гг. число аборт неуклонно снижается. В 2006 году на одну женщину приходилось 1,4 аборт, в то время как в 1991 г. этот показатель составлял 3,4. Одновременно российские женщины выражают высокую степень готовности прервать нежелательную беременность, они ориентированы на низкие показатели желаемого числа детей, а эффективность контрацепции считают

недостаточной. На основе массовых опросов автор показывает, какие социальные характеристики свойственны женщинам, с меньшей вероятностью прибегающим к абортам. Это образованные жительницы крупных городов, состоящие в браке и использующие наиболее современные методы контрацепции. Среди тех, кто в большей степени поддерживает идею запрета права на аборт, — мужчины, религиозные люди, люди с низким уровнем образования, жители сельской местности, многодетные женщины, женщины, редко прибегавшие к абортам. Автор связывает данный феномен с активной антиабортной пропагандой последних лет. В русле этой пропаганды доминирует тезис о неизбежном вреде абортов для здоровья женщины, однако, как показывают исследования, при использовании современных методов прерывания беременности вред может быть существенно уменьшен. Распространение современных методов контрацепции и сексуальное образование гораздо эффективнее снижают число абортов, нежели запреты и обскурантизм.

Во **второй части** анализируется кризис институционального доверия. В центре внимания — взаимодействие гинеколога и женщины, обращающейся к нему за медицинской помощью. Авторы реконструируют лично-ориентированные стратегии совладания с институциональным недоверием. Исследования показывают важность работы социальных сетей (П. Аронсон), практик персонификации взаимодействия (Е. Здравомыслова и А. Тёмкина), коммерциализации (О. Бредникова) в медицинском обслуживании. Мы далеки от того, чтобы негативно оценивать такие механизмы. Напротив, часто они приводят к эффектам, которые удовлетворяют пациентов. «Своими» врачами они вполне довольны, рекомендуют их друзьям и знакомым, платят им деньги и приносят подарки. Проблема гуманизации медицины, с которой сталкиваются все современные общества, в России разрешается благодаря механизмам персонификации отношений, которая отчасти компенсирует асимметрию власти и отчужденность, однако сопряжена при этом со многими проблемами. Во-первых, сохраняется среда, недружественная по отношению к пациенту. Профессиональные услуги знакомого врача избирательны. Их доступность никак не согласуется с изменением общих правил обслуживания. Во-вторых, правила таких отношений чрезвычайно размыты, в каждом случае их конкретная версия вырабатывается заново, вызывая взаимное напряжение (по поводу того, сколько нужно платить, какие подарки и

когда нести, как вручать конверты с вознаграждением за услуги, и пр.). В-третьих, сохраняется неопределенность в сопряжении персонализированных и официальных медицинских контактов. Пациенты сталкиваются с проблемой соотношения взаимодействий со знакомым врачом и взаимодействий в рамках «официальных» учреждений, где выдаются больничные листы, где можно получить официальные чеки, подтверждающие оплату медицинских услуг, и пр. В-четвертых, недостаток финансовых ресурсов и ограниченность социальных сетей не позволяют многим категориям населения обеспечить себя надежными медицинскими услугами.

Тему дефицита доверия к институтам здравоохранения открывает статья *Полины Аронсон*. Исследовательница показывает, как социальное неравенство проявляет себя в сфере медицинского услуг. Хотя репродуктивное здравоохранение не является ее специальным интересом, нам представляется, что выводы, сделанные автором, можно распространить на все отрасли медицины. Как и во многих других странах, социальные группы с низкими доходами в России оказываются депривированными в отношении поддержания здоровья. Представители этих групп стараются избегать обращения к врачам как из-за ценностных установок, так и из-за нехватки экономических ресурсов. Группы населения с более высокими доходами и образованием находятся в относительно привилегированном положении, однако и они систематически испытывают дефицит доверия к институтам здравоохранения. Образование создает ресурс для критической оценки экспертного знания и организации услуг, что становится причиной недоверия. Однако представители средних и высших слоев, в отличие от низкодоходных и малообразованных групп, могут более эффективно мобилизовывать материальные и социальные ресурсы. Осуществляя лечение «по блату» или «за деньги», они компенсируют многие недостатки системы. Как показывает автор, люди, социальные сети которых не обеспечивают доступа к медикам или не могут оплачивать свое лечение, стараются минимизировать взаимодействия с профессиональной медицинской системой. Готовность вкладывать средства в лечение сопровождается ориентацией на комфорт в предоставлении услуг и стремлением персонификации в отношениях с медицинским персоналом.

В области репродуктивной медицины существует специфика отношений врач—пациент. Эта область представляет собой особую сферу

доверительных услуг, которые должны обеспечить не только здоровье, но и эксплицитное поддержание гендерной морали. Врачебная экспертиза устанавливает правила и контролирует проявления «правильной» женственности. Женская идентичность связывается с репродуктивными и сексуальными практиками. Данным аспектам посвящена статья *Елены Здравомысловой и Анны Тёмкиной*. Они анализируют рост притязаний молодых образованных городских женщин в сфере репродуктивной медицины. Недовольство пациентов вызывают, во-первых, неэффективная бюрократическая организация медицинского обслуживания и, во-вторых, невнимательное отношение врачей. Требовательные пациентки стараются преодолеть нехватку доверия, выстраивая стратегии с опорой на социальные сети, экономические и информационные ресурсы. Они стремятся найти «правильного» врача и «правильное» учреждение, в котором обслуживание во время беременности и родов будет не только эффективным и безопасным, но также дружелюбным и комфортным.

Ольга Бредникова анализирует процесс коммерциализации медицинского сопровождения беременности. Несмотря на универсальность денег как средства обмена, она усматривает различия в практиках оплаты медицинских услуг, выделяя формализованные, скрытые и прямые платежи. Опираясь на опыт самоэтнографии, а также на анализ материалов сайтов, автор анализирует условия, делающие прямые платежи наиболее функциональными и комфортными с точки зрения агентов взаимодействия. Прямые выплаты «из рук в карман» или «из рук в руки» повышают ответственность и заинтересованность врача, способствуют персонификации отношений и избеганию бюрократического обезличивания, которое не считается гарантией качества обслуживания. Пациентки оплачивают профессионализм, комфорт, положительные эмоции. Цена «счастья» (здоровой беременности и успешных родов) в современной российской репродуктивной медицине бывает различной: согласно калькуляциям автора, она составила 74 тыс. руб. (примерно 3 тыс. дол.), которые складываются из примерно равной доли формализованных и неформализованных платежей.

Авторы не ограничиваются анализом жизненного мира клиенток медицинских учреждений. *Дарья Одинцова* показывает, что гинекологи также формируют определенные установки в отношении своих посетителей, которые объединяются понятием «*культура поведения пациентки*». *Культурная пациентка* владеет «правильной» информацией,

доверяет врачу и не сомневается в предписаниях и эффективности лечения. Она не склонна «менять» врачей и обращаться к альтернативным способам ведения беременности и родов. От «культурной пациентки» ожидается ответственное отношение к собственному здоровью, которое предполагает соответствующий образ жизни, а в случае болезни — установку на лечение, а не на поиск виновных или уклонение от медицинской интервенции. «Хорошая» пациентка сотрудничает с врачом, компетентно исполняя свою роль в медицинском взаимодействии. Сегодня образ «идеальной пациентки» гинеколога совпадает с портретом «новой рефлексивной женщины», которая стремится к контролю над своими сексуальными и репродуктивными практиками: узнает о контрацепции до начала половой жизни и готовится к беременности до ее наступления.

Однако врачи, институционально принуждаемые к строгому контролю над состоянием здоровья пациентов, настороженно, а зачастую и негативно относятся к самостоятельным решениям пациенток, т. е. к действиям, которые выводят последних из-под тотального надзора врача/медицинского института. Врачи позиционируют себя как монополисты в области знаний о репродуктивном здоровье. Модель правильной пациентки, которой они руководствуются, предполагает информированное согласие с медицинским экспертом. Проблемные пациентки в глазах врачей — это малокультурные, недостаточно информированные и сверхтребовательные клиентки медицинских учреждений.

В статье *Екатерины Бороздиной* анализируется социально сконструированное знание о беременности, к которому апеллируют будущие матери. Исследование подтверждает значимость различных типов знания в формировании идентичности. Представления о беременности создаются личным опытом женщины. Однако персонализированное знание обязательно соотносится со стандартизированными и квантифицированными объективными показателями беременности, производимыми медициной. Существенную роль в концептуализации опыта беременности играют повседневные знания практических экспертов, принадлежащих к социальной сети женщины. Обмен опытом помогает беременной женщине контекстуализировать и индивидуализировать свой опыт, сопоставляя его с нарративами других женщин. Кроме того, эти сведения помогают выработке стратегий взаимодействия с медицинскими учреждениями. Путем обмена повседневными

знаниями конструируется интересубъективный мир женщин, объединенных общностью пережитого опыта беременности и родов.

В **третьей части** представлены дневниковые записи и автобиографические эссе социологов, ставших клиентками медицинских учреждений. В этих материалах описывается опыт, связанный с наблюдением беременности, родами, лечением у гинекологов. В данную часть вошли также дневниковые записи, представляющие опыт лечения других заболеваний. Эти записи и эссе, как и цитируемые в текстах интервью, являются анонимными. За одним исключением, они публикуются под псевдонимами. Решение о включении данных материалов в сборник было продиктовано некоторыми принципиальными соображениями, связанными со спецификой гендерного подхода.

Во-первых, мы стремились к десакрализации сферы репродуктивного здоровья как понятной только профессионалам и женщинам, имеющим соответствующий опыт. До сих пор репродуктивный опыт затруднен для обсуждения, поскольку он ассоциируется с репрезентациями телесного низа как неприличного и непригодного для социальных исследований. До сих пор в российском обществе и женщины, и мужчины, столкнувшись с проблемами здоровья в интимной сфере, часто испытывают большие затруднения в признании и обсуждении этих проблем, что, в свою очередь, ведет к негативным последствиям для здоровья.

Во-вторых, описываемый телесный опыт, пронизанный эмоциями и предрассудками, редко становится предметом рефлексии и концептуализации. На государственном уровне признается важность демографических программ, однако политикам все еще, кажется, невдомек, что беременеют и рожают конкретные женщины, которые сталкиваются со своими проблемами и страхами, справляются со своим телом и собственными страданиями. Если эти женщины боятся роддомов и врачей, если они не уверены в эффективности и надежности медицины для своего здоровья и здоровья будущего ребенка, вряд ли они будут действовать в соответствии с ожиданиями политиков, предлагающих монетарные меры повышения рождаемости.

В-третьих, включая тексты дневников в данный сборник, мы исходили из того, что сфера репродуктивного здоровья в российском обществе была и остается сферой гендерного неравенства и морализаторства. Материнство по-прежнему рассматривается как непроблематизированное женское предназначение. Морализация препятствует

систематическому сексуальному просвещению. Гендерная поляризация сказывается в ограничениях партнерства и участия отца в беременности и родах. Наша задача — деконструировать, хотя бы отчасти, этот процесс. Политики и медиа часто убеждают женщину в том, что она должна (или, напротив, не должна) рожать, предохраняться, делать (или не делать) аборт. И аргументы, которые выдвигают авторитеты, далеко не всегда являются медицинскими. Политики и эксперты прямо или косвенно определяют, что такое «правильная» женственность и как должна себя вести нормальная женщина. Такой женщине предписывается «ответственное материнство» или участие в «ответственном родительстве наравне с мужчиной» (впрочем, последнее утверждение в российском дискурсе встречается достаточно редко). Во всех случаях нормализация женственности сопровождается референциями к «природе», за которыми могут скрываться совершенно различные смыслы, что ставит под сомнение дискурсивную стратегию натурализации женской роли.

В-четвертых, при подготовке этого сборника мы с сожалением осознали, насколько высока степень недоверия российских женщин к врачу и медицине и как трудно его преодолеть. При этом все мы в своих практиках лечения встречали замечательных врачей, которые нас вылечивали или даже спасали нам жизнь, которые были равнодушны к нашей судьбе и профессиональны в своих действиях. Нам предстоит объяснить, почему же, тем не менее, постоянно воспроизводятся проблемы коммуникации врача—пациента, почему человек, приняв на себя по необходимости роль больного, начинает сомневаться в квалификации экспертов, никому не доверять, жаловаться на плохие условия и злонамеренные цели профессионалов. Может быть, просто потому, что больно и страшно? Конечно, и поэтому тоже. Но также и потому, что структурные условия (правила бюрократической организации медицинского учреждения) образуют институциональные ловушки для врача, от которого требуется оказание помощи, но далеко не всегда ему предоставлены условия для этого.

Дневники наблюдений, представленные в данном разделе, не являются «классическими» дневниками антропологического исследования. Для их ведения была выработана инструкция (см. раздел «Приложение»), однако большинство пациенток, которые обладают навыками социологической рефлексии и социологического скепсиса, вышли за рамки дневниковой организации записей. Во-первых, не везде и не

Введение

всегда соблюдается принцип четкой фиксации времени, места, обстановки, действующих лиц, поскольку авторы структурировали свои наблюдения по определенным темам, например «деньги» или «превращение в пациентку» и пр. Во-вторых, рефлексия и комментарии представляют в ряде случаев едва ли не центральную часть записей. Поэтому мы не можем рекомендовать данные тексты в качестве образцов включенного наблюдения для начинающих, однако ценность дневниковых записей заключается не только в богатой фактуре, но и в социологичности восприятия мира больницы или поликлиники, роли пациентки, отношения к материнству, и пр.

Елена Здравомыслова и Анна Тёмкина

Часть 1

**ДИЛЕММЫ
СЕКСУАЛЬНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ
И ПРАКТИКИ АБОРТОВ**

