

Анна Темкина

Контрацептивные практики российских женщин: (без)опасность и медицина¹

Безопасный секс?.. Наверное, презервативы уж все-таки. <...> и болезни, и нежелательная беременность — все он предотвращает (25 лет²).

Безопасный секс для меня — это когда ты выбираешь партнеров... ты в нем уверен «от и до»... Это не презервативы, это не таблетки, это нормальный секс между мужчиной и женщиной, только более сдержанный. Я никак не воспринимаю презерватив (28 лет).

Контекст современных сексуальных и репродуктивных практик городской молодежи определяется усилением ее ориентации на стратегию безопасного секса, понимаемого как совокупность практик, объединенных двумя целями — планированием семьи³ и предохранением от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). В 2000-е годы такая модель становится относительно устойчивой (Захаров, Сакевич 2008). Однако для современной российской сексуальной культуры стал уже привычным парадокс: большинство молодежи хорошо осведомлено о рисках сексуального поведения, однако многие не используют контрацепцию или используют устаревшие средства.

¹ Я благодарна всем участникам семинаров гендерной программы ЕУСПБ за комментарии. Версия данной статьи опубликована на «Полит.ру» (Темкина 2011). Версия данной статьи подготовлена к публикации в сборнике (Темкина [в печати]).

² В скобках указывается возраст женщины в 2009 году.

³ Согласно докладу Международной конференции по народонаселению и развитию ООН (Каир, 5–13 сентября 1994 года, п. 7.12), планирование семьи позволяет «супружеским парам и отдельным лицам свободно и с чувством ответственности решать вопрос о количестве и времени рождения своих детей и иметь в своем распоряжении информацию и средства, позволяющие им сделать это и обеспечить осознанный выбор, а также дать им возможность использовать весь диапазон безопасных и эффективных методов» (цит. по: Сакевич 2010). По сути, планирование семьи значит «ответственное родительство». Планирование семьи осуществляется посредством применения методов контрацепции или же, наоборот, посредством преодоления бесплодия.

Сохраняются практики систематического рискованного поведения, отмечаемые многими исследователями: около 25 % женщин репродуктивного возраста не пользуются контрацепцией, и около 20 % используют малоэффективные средства (Perelman, McKee 2009; Regushevskaya, Dubikaytis, Nikula 2009; Gerber, Berman 2008 и др.). Существуют разные причины для объяснения такого поведения. Социологи и демографы называют среди них инерцию советских времен, недоверие к гормональной контрацепции, запаздывающее появление средств предохранения в России. Кроме того, сказывается отсутствие систематического сексуального образования, влияние религиозной морали, особенности коммуникации в сфере сексуальных отношений и пр. (Кон 2010; Вишневецкий 2006; Сакевич 2009; 2010; Мейлахс 2009; Gerber, Berman 2008 и др.).

В контексте демографической политики и демографических проблем для нас важна позиция молодых людей, их повседневная жизнь, которая нелинейным образом связана со стимулами и призывами увеличивать рождаемость и следовать морали укрепления семьи. Нас интересует также позиция медиков как экспертов, которые не только обеспечивают лечение и профилактику, но и являются носителями профессионального знания, влияющего на нормы и правила повседневной жизни. Такова роль экспертов в обществах поздней современности, предполагающих вариативность поведения, возможность выбирать свою судьбу и планировать жизнь, и Россия во многих смыслах не является исключением. В современном обществе потребления усиливается влияние гедонистических и либеральных ценностей в частной жизни. Одновременно увеличивается риск, к которому относятся вполне сознательно, эпидемия ВИЧ/СПИДа — ярчайший тому пример. И здесь Россия также не является исключением. Кроме того, социальные изменения, дефицит безопасности и стабильности порождают антимодернистские ориентации, усиливается влияние церкви на частную жизнь, распространяются традиционные ценности и пр.

В таком обществе возникают и транслируются разные представления о здоровье, о том, как его достигать и поддерживать. Репродуктивное и сексуальное здоровье становится предметом дискуссий, в которые вовлечены моральные, экономические, политические, медицинские и индивидуальные интересы.

Контрацептивные практики выступают ареной борьбы за значения, переговоров разных агентов о том, является ли контрацепция приватным или публичным вопросом, вопросом интерпретации непрофессионалов (молодых женщин) или влияния профессионалов (медиков) (Freidson 1988; Lupton 1994). Профессиональные и не-

профессиональные дискурсы находятся в фокусе нашего внимания. Наша задача определить, во-первых, причины неиспользования контрацепции современными женщинами и, во-вторых, соотношение медицинской и непрофессиональной перспектив в области предохранения.

В качестве теоретических рамок мы исходим из следующего. Во-первых, для нас важен биографический подход и рассмотрение того, какие темы (дискурсы) в сексуальной биографии связаны с (не)использованием контрацепции. Во-вторых, мы опираемся на критические теории медицины и феминистский подход, которые позволяют сделать акценты на гендерных особенностях идентичности в сексуальной сфере и рассматривать контрацептивные практики в русле медиализации. В-третьих, мы учитываем характеристики общества поздней современности со свойственной ему медиализацией, большей значимостью роли экспертов и информированности непрофессионалов, распространением гедонистических ценностей общества потребления.

Опираясь на материалы биографических интервью и интервью с врачами и пациентками женских консультаций, проведенных в 2009 году в трех регионах России, а также на наши предшествующие исследования, мы хотим проанализировать не только инерционные причины «опасного» секса, но и те причины, которые поддерживаются современными дискурсами и институтами. В данной статье мы описываем интерпретации безопасного секса молодыми женщинами, затем более детально представляем модель поведения, которая не предполагает систематического использования современной контрацепции. Мы рассматриваем причины таких практик и соответствующие им смысловые контексты, в которых идет обсуждение данных проблем: гедонистический, медицинский и пронаталистский, а также контекст доверительных отношений.

Эмпирические данные

В данной статье используются данные проекта гендерной программы ЕУСПб «Гендерное устройство частной жизни в российских регионах», поддержанного Фондом Форда (руководители Е. Здравомыслова, А. Темкина):⁴

⁴ Грант № 080-1405. Исследование проводилось в Архангельске, Казани, Самаре, 2009–2010. Координатор полевой работы в регионах — О. Ткач,

• сексуальные биографии женщин среднего класса (интервью, 32 женщины, 17–28 лет, Архангельск (10 женщин), Казань (12), Самара (12));

• интервью о репродуктивном здоровье с пациентками (интервью, 24 женщины, 23–32 года, Архангельск (7 женщин), Казань (8), Самара (9));

• интервью о репродуктивном здоровье с пациентками, 20 гинекологами и акушерками женской консультации (Архангельск (8 человек), Казань (6), Самара (6));

• дневник включенного наблюдения на приеме в женской консультации (24 апреля 2009 — 23 июля 2009, Самара);

• интервью о сексуальном здоровье и практиках терапии с сексологами (Москва (1), Петербург (2), Самара (3), Архангельск (1), Казань (1)).

Мы исходим здесь из перспективы молодых женщин, преимущественно с высшим образованием, а также выделяем опыт непрофессионалов (женщин) и врачей-профессионалов (гинекологов и сексологов). Далее мы делаем определенные допущения, в основном не рассматриваем различия в практике использования контрацепции женщинами и мужчинами, не делаем акцента на отличиях видов контрацепции (при предохранении от ИППП и от нежелательной беременности), не рассматриваем практики религиозных и этнических сообществ.

(Без)опасность секса: неопределенность и барьеры

Судя по биографиям городских образованных женщин (мы не рассматриваем здесь особые случаи обращенных мусульманок, имеющиеся в нашем массиве, см. статью О. Максимовой в данном сборнике), для них характерно наличие знаний о рисках сексуальной жизни и стремление их избежать. Информантки охотно используют спровоцированную вопросом путеводителя лексему «безопасный секс», которая означает для них в первую очередь отсутствие угроз для здоровья, связанных с ИППП и нежелательными беременностями. Это, по словам информанток, «*прежде всего защита от*

руководители полевых исследований — О. Запорожец (Самара), Л. Сагитова (Казань), О. Поспелова (Архангельск). Подпроект «Исследование репродуктивного здоровья» поддерживался также корпорацией «Новартис». Дополнительные интервью со специалистами были взяты в Петербурге и Москве.

беременности, во-первых, во-вторых, защита от каких-то там инфекций» (22 года). «Безопасный секс — это, чтобы ты осталась здоровой, когда им занимаешься» (21 год). Основная стратегия защиты выражается повторяемым лейтмотивом: «[Нужно] доверять, но доверяй, но как бы подстраховывайся и проверяй» (24 года) — и соответствующими нормами и практиками безопасного секса: «Для предотвращения многих там болезней лучше пользоваться презервативом» (24 года). «Да, и практически со всеми я занималась сексом с презервативом» (23 года).

В своей интимной жизни женщины рефлексивно относятся к двум угрозам. Во-первых, они считают, что необходимо предохраняться от ИППП и СПИДа. Во-вторых, нужно предотвращать нежелательную беременность. Рождение ребенка полагается планировать, ему должны предшествовать профилактические меры по улучшению здоровья. Такую позицию разделяют и врачи-гинекологи, которые настаивают на том, что беременность должна быть запланированной. Молодые женщины также считают важным наличие условий, позволяющих воспитывать ребенка: жилье, материальное благополучие, участие отца в воспитании ребенка. Многие женщины стремятся ответственно подходить к решению вопросов, связанных с репродуктивным здоровьем, и к контролю над своей жизненной ситуацией. Мы, однако, далее сосредоточимся не на анализе данного нового тренда, а на тех практиках отказа от эффективного предохранения, которые показывают барьеры для эффективного контроля здоровья.

Для сексуальной биографии многих молодых женщин, начинающих свою сексуальную жизнь в 16–18 лет, характерна цепочка отношений с партнерами, которые не сводимы к дихотомии случайных (в соответствии с логикой безопасного секса тогда нужно предохраняться от ИППП) и стабильных (когда главная проблема — предохранение от нежелательной беременности, см.: Мейлахс 2009). Граница между разными типами отношений размыта, в возрасте 18–25 лет многие женщины вступают в отношения различной продолжительности и вовлеченности, включая относительно устойчивое сожителство и брак. Сами информантки часто затрудняются точно определить тип отношений и риски, сопряженные с ними. Средства предохранения варьируют как при смене партнеров, так и в цикле отношений с одним партнером.

Потом был Сережа, с которым мы спали с презервативом. Потом были какие-то случайные, да, люди, ну, не случайные, такие краткосрочные,

с которыми мы тоже предохранялись презервативами. Потом появился Витя, с которым мы сначала предохранялись презервативами, но потом перестали... Я сходила к доктору, хотела ставить спираль... [Доктор посоветовал:] лучше принимайте кольцо. Знаете, там, новое кольцо. Но я посоветовалась с Витей, и мы подумали, что оно тоже гормональное. (Смеется.) И что-то как-то вот [перестали] (23 года).

В отношениях с постоянным партнером предполагается снижение рисков заражения ИППП, поэтому часто имеет место отказ от использования презервативов, освоение других средств контрацепции, в том числе тех, которые считаются традиционными, или отказ от предохранения (см. также: Мейлахс 2009). Вариантом интерпретации безопасного секса (см. эпиграф) становится осознание доверия к партнеру, его надежности, верности и стабильности отношений.

Такая мотивация была широко распространена в советское время. В ряде случаев женщины говорят о том, что не видят никаких опасностей для себя, поскольку находятся в стабильных (моногамных) отношениях и уверены, что партнер занимает такую же позицию. Доверие выступает базовым условием безопасности, поскольку риски невидимы, а ненадежный партнер может их скрыть. «Для меня [безопасный секс] — это секс с любимым человеком. Не так с кем попало, в первый день знакомства. Даже не в первый день... У него же на лбу не написано, чем он болеет» (22 года). Доверяя партнеру, женщина возлагает на него ответственность за здоровье и следование совместно принятому репродуктивному решению. Однако ответственность сторон остается уязвимой, обязательства могут не выполняться как целенаправленно, так и ситуационно, часто их соблюдение предполагается лишь по умолчанию.

Некоторые информантки последовательно реализуют стратегию безопасного секса и планирования деторождения. «Я посоветовалась с врачом, какие [средства] не навредят... Она мне подсказала какие, и всё после этого, как бы, наверное, больше мое было решение пить таблетки... [Потом] мы и решили где-то осенью вообще перестать предохраняться, потому что мы поняли, что мы хотим ребенка» (23 года). Однако другие, несмотря на знания о безопасном сексе и практиках, сопряженных с рисками, говорят либо об отсутствии предохранения, либо о его низкой эффективности. При этом ответ на вопрос о причинах таких действий часто вызывает затруднения: «Наверное, я вообще без мозгов. Мы даже не пользовались презервативами. И таблетки я не пила... Это было как раз

время, когда прям пик СПИДа, вот этого всего» (21 год). Зачастую женщины испытывают неловкость, объясняя свое сексуальное поведение. Вопрос о контрацепции становится сензитивным вопросом сексуальной биографии, обозначая противоречие между признаваемой нормой безопасного секса и повседневными отклоняющимися от нее практиками.

Среди частых интерпретаций таких практик — признание неэффективности контрацепции. Распространено мнение о том, что никакие средства не дают гарантий полной защиты.

Нет способов, которые гарантировали бы надежность на сто процентов. То есть даже презервативы, насколько мне известно, не полностью защищают от вирусов... не говоря уже о том, что и сперматозоиды просачиваются, известны случаи. Они также не всегда защищают от венерических заболеваний и СПИДа, поскольку... а... диаметр микроорганизма, может, меньше, чем диаметр поры латекса (22 года).

Недоверие к средствам предохранения (Мейлахс 2009) — одна из причин размывания различий между «опасным» и «безопасным» сексом (любой секс становится опасным в том или ином смысле), частого перехода от предохранения к отказу от него, от современных к традиционным средствам,⁵ и наоборот. Граница между предохранением и его отсутствием в повседневных практиках (в отличие от медицинских определений) является достаточно неопределенной.

Ну, мы, во-первых, так скажем, мы не предохраняемся, ну, в смысле, предохраняемся прерванным половым актом (23 года).

Информантка: *Вопрос контрацепции решается просто, ужасно просто.*

Интервьюер: *Каким образом?*

Информантка (со смехом): *Презервативами он решается. Ну или никак не решается. Да (27 лет).*

⁵ К современным методам контрацепции относятся женская и мужская стерилизация, гормональные таблетки, внутриматочные спирали (ВМС), презервативы, инъекции, импланты, вагинальные барьерные методы (диафрагма, спермициды и др.). К традиционным методам контрацепции принадлежат периодическое воздержание (метод ритма или календарный), прерванный половой акт, воздержание, спринцевание, послеродовая аменорея и разные народные методы. (World... 2004: 73; цит. по: Сакевич 2010: 123).

Итак, обозначим часто упоминаемые причины, почему женщины отказываются от использования современной контрацепции. На основании анализа материалов интервью мы выделили следующие: снижение удовольствия при использовании презервативов, угрозы для поддержания привлекательности (канонов красоты) при употреблении гормональных средств, риски для здоровья в целом и для репродуктивного в частности (угрозы бесплодия) при использовании ВМС и гормонов. Кроме того, мы обратим внимание на нежелание некоторых молодых женщин консультироваться с врачами по поводу контрацепции и постараемся объяснить его причины.

Отказ от использования презервативов связывается преимущественно с тем, что они мешают получению удовольствия одного из партнеров (чаще мужчины) или обоих. Указывается также, что презервативы могут быть недоступны в определенных ситуациях, они ненадежны и вредны для здоровья: *«Ну, он мне всегда говорил, что... “Давай, без презервативов, так лучше, там, ощущения”» (22 года); «Мне стало неприятно в презервативе» (23 года).*

Отказ от использования гормональной контрацепции (в первую очередь оральной) связывается с негативным влиянием на внешность (вес, состояние кожи и волос) и на здоровье женщины: *«Они... вредны для печени, прежде всего, как любые лекарства, которые принимаешь» (22 года); «Если говорить о таблетках, мне кажется, от них толстеют. (Смеется.) Ну, это такое, ну, потому что они гормональные» (23 года).*

Внутриматочные спирали (как и гормональная контрацепция) рассматриваются через призму рисков для последующих беременностей. *«Во-первых, в дальнейшем я чувствовала дискомфорт [при использовании спирали]. А во-вторых, я связываю [то], что у меня появилась эрозия из-за нее, и то, что я не смогла забеременеть, долго не могла забеременеть ребенком» (31 год, замужем, двое детей, 9 лет и 2 года).*

Гормональные средства считаются причиной возможного бесплодия, и в ряде случаев отмечается их плохая совместимость с особенностями стиля жизни (женщины указывают на сложности регулярного приема таблеток, несовместимость с алкоголем). Другие виды контрацепции оцениваются с точки зрения неудобства, как препятствие для достижения удовольствия или как вред для здоровья. Информантки указывают также на то, что необходимы материальные затраты, которые могут оказаться непосильными для определенных социальных групп (например, для подростков).

Далее нас интересуют те смысловые контексты, в которых обсуждается неиспользование контрацепции и которые связываются в повседневности с препятствиями для безопасного секса:

- гедонистические дискурсы и практики удовольствия;
- медицинские дискурсы и практики здоровья;
- фамилистский дискурс и практики деторождения.

С точки зрения влияния на практики безопасного секса каждый из этих контекстов на первый взгляд парадоксален. Далее мы попытаемся объяснить эти парадоксы, учитывая их дискурсивное, институциональное и практическое измерение.

Гедонизм и/или презерватив: максимизация удовольствий

Первый парадокс: можно ожидать, что гедонистические установки повышают требования к безопасности секса. Однако наше исследование показывает, что они имеют и прямо противоположный эффект.

Значимым контекстом (без)опасного секса является гедонистический, направленный на максимизацию сексуального удовольствия. Гедонистический сценарий получает широкое распространение с 1990-х годов (Темкина 2008), продвигается масс-медиа и секс-индустрией, находит выражение в сексуализации публичного пространства. Ценность сексуального удовольствия, практики потребления продукции секс-индустрии (порнофильмов, секс-игрушек) описываются в сексуальных биографиях молодыми образованными женщинами. Утверждается, что секс, в том числе моногамный, должен быть технически разнообразным. Достижение сексуального удовольствия является основным поводом для обращений к врачам-сексологам мужчин и женщин, как показало наше исследование практик сексологии (см. статью А. Темкиной и А. Роткирх в данном сборнике). При этом практики удовольствия для одних информанток предполагают надежное предохранение, в то время как для других они связаны с отказом от использования современных средств предохранения, в первую очередь от презервативов.

В рассказах о сексуальной жизни многие информантки младшего поколения не только свободно обсуждают свою интимную жизнь, наличие или отсутствие оргазма, но и подчеркивают значимость и приоритетность удовольствия, разнообразия и экспериментирования

в моногамных сексуальных отношениях. И женщина, и мужчина могут выступать инициаторами экспериментов. «Ну, мне еще не нравится, когда вот одно и то же каждый раз. Даже если разные позы, когда сначала это, потом то, потом это, и так каждый раз, то это надоедает. Всегда должно быть разнообразие» (21 год). «Я, по максимуму, считаю, что разнообразить свою как бы сексуальную жизнь, кто какими способами, все по-разному. Вот. Поэтому как бы, ну, не знаю, насколько муж, но я всегда стремилась, наоборот, чтобы какое-то развитие у нас получилось» (23 года). «Он такой даже, такой, м-м, в принципе, такой экспериментирующий мужчина, мне это очень нравится в нем... В принципе, и секс такой яркий, мне нравится... сам процесс очень насыщенный... Есть как-то там разнообразие» (27 лет). Об освоении потребления продукции секс-индустрии рассказывает Алена (24 года, замужем, имеет ребенка):

[Пошли.] В магазине эротических каких-то вещей, да, там кое-что себе приобрели [Смех.] Тоже, ну, предварительно я почитала в Интернете, что пишут, что да как. Ну и не пожалели, интересно... [приобрели] вибратор... Годовщина наша пятая, наверно, да, свадьбы, и я говорю: «Давай что-нибудь такое, интересное купим». — «Давай».

Гедонистический дискурс оказывается влиятельным в повседневности, поставляя средства для сексуальной идентификации. Сексуальная революция приводит к сокращению гендерного двойного стандарта, он вытесняется из некоторых сфер взаимодействия партнеров, сохраняясь при этом в других. Вопрос о праве женщины на сексуальное удовольствие решен положительно и в повседневности, и в профессиональных медицинских практиках (см. статью А. Роткирх, А. Темкиной в данном сборнике). Современная женщина ориентируется на гедонистический секс, а не просто на удовлетворение потребности партнера. Партнер, как правило, также считает ее сексуальный гедонизм легитимным. При этом оба исходят из представления о различиях мужской и женской сексуальности. Однако при уменьшении двойного гендерного стандарта предпочтение, тем не менее, отдается не безопасности, а удовольствию мужчины, если он отказывается от использования презерватива. Женщина может принимать такие условия, в том числе из-за желания сохранить отношения, приоритетные по сравнению с рисками.

Гедонистический дискурс поставляет и средства для сексуального просвещения. Многие информанты указывают на эротические

и порнографические фильмы, книги и медийную продукцию как источники первичной информации о сексуальности в подростковом возрасте. В этом случае знания о сексуальности становятся эксклюзивно или преимущественно знаниями об удовольствии.

Гедонистический дискурс не сензитивен к вопросам безопасного секса, контрацепция, в первую очередь презервативы, рассматривается многими информантками как препятствующая достижению удовольствия. Неудобство и снижение остроты ощущений при использовании презервативов отмечались и в исследовании сексуальных практик предыдущих поколений (Здравомыслова 2009: 123), многие молодые информантки описывают гедонистические ориентации в сексуальных отношениях как приоритетные по отношению к безопасности. Исходя из перспективы гедонистического дискурса, понятия безопасного секса и предохранения оказываются на периферии, в частности, информация, полученная из порнофильмов, не предоставляет знаний о контрацепции. И профессионалы, и непрофессионалы подчеркивают стремление к максимизации удовольствий и разнообразию в сексуальной жизни. Сексологи, занимающиеся проблемами восстановления эрекции и оргазма, редко затрагивают проблему предохранения. Признавая в целом неграмотность мужчин и женщин во многих вопросах сексуальной жизни, некоторые специалисты негативно относятся к планированию семьи, осуществляемому в ущерб нравственности. *«Все эти программы, которые пришли к нам из-за бугра, обычно связанные с коммерческой деятельностью определенных фондов... раздутый миф о СПИДе, раздутый миф о раннем половом “этом самом”, когда детей учат не любить, а презервативы надевать»* (И. М., 45 лет). Контрацептивы в сексологическом дискурсе могут рассматриваться как снижающие удовольствие.

В практике есть сейчас очень много препаратов гормональных, которые разрушают сексуальность, изначально женщина теряет, не получает оргазма, пропадает либидо, толстеют, обменные нарушения... Не придумано еще чего-то такого, [что]... сохраняло бы сексуальное здоровье, долготлетие на долгие годы, принимая какие-то таблетки. Я не вижу вообще вот выхода, если уж что-то будет такое, да, которое бы не влияло, а реально все влияет, даже спираль влияет (О. И., около 40 лет).

В данном контексте идентичность женщины определяется через удовольствие и сексуальную привлекательность. Препятствием для

безопасного секса являются и практики поддержания сексуальной привлекательности и канонов телесной красоты, диктуемые обществом потребления. Тело, как самый драгоценный объект потребления (Бодрияр 2006), воплощает культ молодости, элегантности, худощавости. Панический страх прибавки веса, негативного влияния гормональной контрацепции на кожу и волосы препятствует достижению удовольствия и поддержанию канонов красивого тела. Таким образом, гедонистические практики и ценности могут оборачиваться отказом от эффективных средств защиты

Здоровье и предохранение: (де)медикализация (без)опасного секса

Второй парадокс: можно ожидать, что проявление большего внимания к здоровью, характерное для современных женщин, повышает значимость безопасного секса. Однако это не всегда так.

Следующий контекст, в котором происходит осмысление использования контрацепции, связан с медицинским дискурсом и профессиональным сегментом, обслуживающим репродуктивное здоровье (акушерско-гинекологической помощью). Для анализа данного контекста для нас важны сходства и различия точек зрения профессионалов (врачей) и непрофессионалов (Freidson 1970).

На использование контрацепции влияет, с одной стороны, медицинализация повседневности и усиление профессиональной интервенции в практики предохранения, а с другой — уклонение женщин от медицинского вмешательства. Многие молодые женщины рассказывают о том, что регулярное посещение гинеколога после начала половой жизни стало для них рутинной практикой. *«Ну, наверное, раз в полгода хожу. Наблюдаюсь в обычной муниципальной клинике от института»* (21 год); *«Регулярно. Раз в 3 месяца точно»* (26 года); *«Я регулярно хожу к врачу... То есть я... просто это как-то делаешь, не знаю почему, на автомате просто. Ну, там, как бы раз в полгода, может быть... всегда платно»* (24 года).

Профилактические проверки здоровья осуществляются в целях тестирования на наличие гинекологических заболеваний, получения рекомендаций об использовании контрацепции, подготовки к беременности, проверки наступления беременности, тестирования по поводу ИППП и пр. Многие информантки стремятся оценить контрацепцию с точки зрения влияния на свое здоровье и обращаются за медицинской консультацией по поводу предохранения от

нежелательной беременности. Такое предохранение становится медикализированным.

Как показывает наше и другие исследования (Лариваара 2009), врачи признают право пациентки выбирать и принимать решение о предохранении. По сравнению с советским временем изменилось отношение врачей — активных сторонников использования современной контрацепции. Об этих изменениях рассказывает врач: *«Я даже сама помню, что мы все панически боялись гормона. Настолько мы темные были, что темные были... Не было у нас спиралек. У нас потом стали выпускать вскоре»* (Д. С., 74 года). Аналогичные изменения показывает и финская исследовательница М. Лариваара в 2005 году.⁶

При этом врачи признают (и в этом их мнение отчасти сходно с мнением женщин) ненадежность, риски и потенциальный вред для здоровья, который может быть нанесен контрацепцией, если она используется без медицинского контроля. Традиционные средства считаются вредными и неэффективными:

У нас неграмотны женщины. В этом плане очень трудно их на это [таблетки] убедить... они боятся поправиться... там каких-то раковых... злокачественных процессов... Мы тоже... проводим лекцию, что это не очень физиологично. Прерванный половой акт, в принципе, и приводит к проблемам здоровья чаще всего у мужчин в будущем (Д. К., 41 год).

Врачи-гинекологи считают презервативы предпочтительными средствами контроля в немоногамных отношениях, *«в том случае, если у женщины это не единственный половой партнер, если у нее такой своеобразный образ жизни»* (С. К., 47 лет). Однако они недостаточно эффективны: *«Надежность у презерватива все-таки очень низкая, бывают беременности нежелательные, и поэтому все-таки лучше перейти на более надежные средства контрацепции»* (П. К., 35 лет). Гормональные средства и ВМС небезопасны, они могут нанести вред при наличии противопоказаний: *«Как правило... эти побочные эффекты, либо опять же нарушение менст-*

⁶ Наши результаты близки к тем, которые демонстрирует исследовательница. На примере анализа интервью и наблюдений на приемах в женской консультации в С.-Петербурге она показывает, что гинекологи — сторонники современной контрацепции проводят границу между теми, кто ее использует и не использует.

руальной функции, либо, так, чисто объективные: тошнота, рвота, — такие вот эстетические расстройства. И в последнее время достаточно часто сосудистые нарушения» (Ш. К., 37 лет). Как следствие, признается, что эффективная и безопасная стратегия предохранения может быть осуществлена только при постоянном медицинском контроле (*«...метод должен быть выбран и одобрен экспертом»* (Лариваара 2009: 322)).

Гинекологи утверждают, что необходима профессиональная диагностика, оценка индивидуальной ситуации, определение состояния здоровья, возраста, частоты сексуальных контактов, репродуктивных планов, а также социального и экономического положения пациентки. На основе проведенных тестов и, если требуется, лечения специалист определяет вид контрацепции и осуществляет контроль в дальнейшем. Врач-гинеколог подробно рассказывает об этом:

...обязательно на приеме каждый раз уточняется момент контрацепции. То есть, если, значит, женщина говорит, что она не предохраняется, выясняется почему, каким способом, как чего. Почему? Чтобы подсказать как можно более удобный, приемлемый метод контрацепции. Почему? Если она не планирует беременность... Вот. Про контрацепцию, конечно, говорится подробно, потому что методов контрацепции много. И для каждой дивчины подбирается индивидуально, потому что это не сказки, говорят, что индивидуально подобрать невозможно. Возможно. Это учитывается количество, значит, отношений в неделю, в месяц, от возраста пациентки это зависит. Это зависит от ее характера, образа жизни, зависит, допустим, [от того,] рожавшая [или] нерожавшая женщина, это тоже имеет большое значение, какой возраст. И по осмотру: если есть противопоказания, нет противопоказаний. И даже иногда проводятся какие-то специализированные обследования в плане свертываемости, тромбоцитов... Но если у нее есть противопоказания, а такое бывает, что женщина одно хочет, совершенно, допустим, спираль в частности. Приходит рожавшая женщина и говорит: «Я в ближайшие пять лет беременность не планирую, я хочу вставить спираль». При осмотре выясняется, что у нее эрозия, что у нее миома, еще что-нибудь, не дай бог. Значит, ей, к сожалению, спираль не показана, то есть ей нельзя вставлять: она может усугубить какие-то проблемы. Либо, значит, женщине объясняется, что надо пролечить эти все проблемы и потом уже решать. Либо, значит, мы подбираем, лечение в любом случае должно быть, а значит, контрацепцию подбираем ту, которая более приемлема на этот момент. Вот и объясняются все нюансы» (Н. А., 49 лет).

С точки зрения медиков, в настоящее время существуют большие возможности для эффективного предохранения, и врачи настаивают на его использовании. Однако некоторые женщины ведут себя безответственно. Врач продолжает: «То есть настолько большой хороший выбор, выбор контрацептивов, что просто даже обидно, что у нас до сих пор присутствует население, которое не совсем относится к этим вопросам серьезно. И как бы [выделила голосом] **допускает, допускает** непланированную беременность» (Н. А., 49 лет). Врачи в целом относятся толерантно к либеральным практикам сексуальности: «Если раньше, может быть, там, сначала беременели и рожали, а потом уже все остальное, то сейчас сначала они активную половую жизнь ведут, а только потом уже, когда-то через много лет, планируют беременность» (Ш. К., 37 лет).

При этом отсутствие эффективного предохранения вызывает у медиков однозначное осуждение. Такие женщины, как и женщины, пренебрегающие визитами к гинекологу, стигматизируются с медицинской точки зрения. Приведем пример из дневника включенного наблюдения социолога на приеме у Н. А., показывающий негативное отношение врача к предохранению календарным методом, к абортам и к отсутствию надлежащего контроля за своим здоровьем в целом. Гинеколог осуждает женщину, определяя ее позицию и статус как безответственной пациентки. И, вероятно, в целях повышения эффективности воздействия врач высказывает отношение в гораздо более резкой форме по сравнению с эмоционально нейтральным описанием своих действий в интервью (см. статью Д. Красильниковой в этом сборнике).

12:20. На прием вошла молодая женщина, лет сорока, в синтетическом свитере, непрокрашенные корни волос. Говорит тихо, отвечает на вопросы, почему-то бахилы держит в руках, смущается, не знает, куда ступить можно, теребит руками потрепанный полис...

Н. А.: В 2004 году были последний раз. Не страшно? Надо ходить! Хотя бы раз в год появляться! <...> По циклу предохраняетесь? Это как? Медицинскую литературу не читаем, да? Мы давно уже не живем по циклу, с перестройки уже! Вляпаетесь ведь, голуба! А ведь аборт бесследно не проходят! <...> Тем более миому тебе уже ставили. А че, правильно. Вот умирать будешь, может, спасут, а может, и нет!..

[После ухода пациентки.]

И.: Какая вы строгая, Н. А.

Н. А.: А у меня к таким людям ни жалости, ни уважения! 5 лет на приеме не появляться! Это же как себя не любить надо!

(Из дневника включенного наблюдения на приеме у врача в ЖК, 24.04.2009)

Женщины выстраивают свои стратегии в условиях негативных санкций со стороны профессионалов. Интерпретация рисков для здоровья у непрофессионалов имеет сходство с медицинской, однако происходит переосмысление с учетом обстоятельств, практического опыта, здравого смысла и дилетантского подхода. Как было указано выше, многие молодые женщины считают гормональные средства вредными для здоровья, а внутриматочные спирали — опасными из-за последующего бесплодия. Вред, который наносит контрацепция организму, обсуждается в медицинских терминах. Говорят молодые женщины:

Уровень гормонов, которые содержатся в таблетках, добавляется плюс к твоим собственным гормонам, что также в целом не вполне хорошо для организма (22 года).

Я не очень хочу какие-то пить гормональные препараты, может, это как бы достаточно темно с моей стороны, потому что в принципе я их пила, да. В свое время. Но мне не нравится это какое-то ощущение, я даже не знаю чем, я не очень люблю пить таблетки в принципе. Я против них как-то предубеждена. Я думаю, что все это влияет плохо на печень, пищеварительный тракт... (Смеется.) Опять же, вообще искусственное изменение гормонов в организме — это плохо... возможно, это дилетантские какие-то понятия, но они во мне достаточно плотно сидят (27 лет).

В условиях признания потенциального вреда средств предохранения и отсутствия доверия к врачам и медицине в целом (Здравомыслова, Темкина 2009) в повседневных практиках женщины опираются не столько и не только на советы профессионалов, сколько на личный опыт и его сопоставление с опытом близких и «дистанцированных» других женщин (на форумах, в он-лайн консультациях). Повседневное знание соотносится с медицинскими предписаниями и может оспаривать их (см. также: Бороздина 2009). Признается важным личный практический опыт: «Я больше, вот об этом, мы больше советуемся с подругами, кстати говоря. Я вот от них узнаю какие-то новые веянья... (Смеется.) ...что-то еще. И как-то это пробую» (23 года).

В отношениях с медициной значимым является определение границы приватной и публичной сфер. Для современной медицины предохранение от нежелательной беременности — это рутинная медикализованный практика, обсуждаемая и осуществляемая под контролем, в то время как для многих женщин и мужчин контрацепция — это приватная, закрытая «практика без слов» (Мейлахс 2009), которую не обсуждают с гинекологом, а иногда и с партнером. В сочетании с недоверием к врачам, включая гинекологов, это приводит к ограничению медицинского вмешательства. Женщины часто избегают обсуждения контрацепции с врачами, особенно если они ее не используют или прибегают к традиционным средствам. Они не хотят подвергать медицинскому вмешательству свою интимную жизнь и свое тело, они боятся суждения медика, который готов называть такое поведение безответственным. К этому добавляется общее недоверие к медицине и к конкретным докторам, нехватка времени или денег, организационные сложности (трудно своевременно приходиться на консультации с врачом), которые не признаются врачами как уважительные причины. Женщины далеко не всегда ощущают индивидуальный подход к себе, который декларируется медициной (данные исследований подтверждают, что индивидуальный подход более декларируется, чем реализуется на практике, редко учитывают пожелания женщины, редко проводят консультации пар (Лариваара 2009: 324–326)). Современные молодые женщины попадают в разные жизненные ситуации — романтические, рискованные, непредвиденные, в ситуации, когда партнер отказывается использовать контрацепцию, или когда она недоступна здесь и сейчас. Свою сексуальную жизнь они зачастую контролируют по старинке, «живут по циклу», пользуются прерванным половым актом и не беременеют, при этом они боятся признаться врачу, что данные способы их устраивают. Многие женщины отказываются принимать на себя роль пациентки (в случае обращения к врачу) при решении вопросов о контрацепции. Таким образом, они избегают медикализации и стигматизации себя как некультурных, не заботящихся о себе и стараются оградить себя от негативных санкций со стороны врача.

Непрофессионалы переопределяют риски и безопасность, опираясь на практический опыт. Они применяют экстренную контрацепцию для избегания нежелательной беременности и осуществляют систематические проверки на ИППП. Предпочтение отдается стратегиям экстренной контрацепции, а не профилактической. Наличие такой контрацепции и возможностей тестирования позволяет женщинам пренебрегать рисками. Потенциальная возможность

непланируемой беременности вызывает тревогу, опасения и стремление получить гарантии от врача.

Меня очень беспокоило то, что может случиться нежелательная беременность, и мне нужно было, как бы, чтобы у меня было больше уверенности в том, что все нормально. Поэтому... я пошла к врачу. Однажды, когда я пошла к врачу, вернее, несколько раз туда ходила, потому что я думала, что я зателела. Это были бзики. Э-э, на самом деле ничего такого не было (22 года).

О предупреждении нежелательной беременности при помощи экстренной контрацепции рассказывает молодая женщина:

Информантка: *Первые, вот, наверное, года два мы предохранялись только презервативами. Потом начала пить «Постинор». После каждого полового акта. Потом у меня после «Постинора» нарушились циклы, я сначала с гинекологом посоветовалась, гинеколог сказала, что «Постинор» — это не выход, это только в крайних случаях.*

Интервьюер: *А тебе кто посоветовал «Постинор» пить?*

Информантка: *Никто. Сама... (Смеется.) услышала такое. Вот. Я еще думала, что я еще на фоне «Постинора» наберу килограмм, у меня вырастет грудь, потому что гормональный очень. Но мне это роли никакой не сыграло (Усмехнулась.) (22 года).*

Фармакологические средства женщины назначают себе сами и используют их в соответствии с народными (включая Интернет) представлениями об их свойствах. Парадоксальным образом экстренные гормональные средства, применяемые тогда, когда риск уже возник, не рассматриваются в аспекте вреда для здоровья, в отличие от профилактических средств, которые часто оцениваются как вредные для организма.

Некоторые женщины также систематически проверяются на ИППП, стремясь при помощи регулярного (бессимптомного) тестирования совладать с последствиями небезопасного секса. Происходит это благодаря обращению за профессиональной помощью к врачам: «Уже мой бедный гинеколог, я хожу к участковому врачу. Она уже на меня смотрит... (Смеется.) “Че пришла?”» (27 лет). «Хотя я до сих пор не понимаю почему, вот, но как-то это обошло меня стороной. И сколько раз я сдавала кровь и как бы проверялась. Ну, там, грубо говоря, к гинекологу ходила. Вот. У меня не

было никаких болезней, ни разу. Вот. Слава богу, тьфу-тьфу-тьфу (Смеется.)» (24 года).

Однако женщины часто не доверяют результатам анализов, которые в разных клиниках дают отличающиеся показатели. Кроме того, они боятся осуждения своего сексуального поведения со стороны врачей, поскольку ИППП являются болезнями, в которых стыдно признаваться. Если в других ситуациях болезнь «случается» по независящим от человека причинам, то здесь вина возлагается на пациента, который совершил морально неодобряемое действие.

Практика систематических проверок на инфекции сопряжена с барьерами, характерными для взаимодействия с медициной в целом, и со специалистами по репродуктивному здоровью в частности. Практики врача не являются ценностно-нейтральными по отношению к «низким болезням» (Lupton 1994: 29–31), вина за которые возлагается на пациента. Потенциальный носитель ИППП опасается стигматизации и оценки в моральных терминах промискуитета. И врач, и пациенты не всегда бывают в состоянии дистанцироваться от морализации сексуального поведения в случае его негативных последствий. Однако, как показывают данные нашего исследования, гинекологи достаточно толерантно относятся к до- и внебрачным сексуальным практикам женщин (см. статью Е. Здравомысловой, А. Темкиной в данном сборнике). Их моральные суждения касаются в первую очередь необходимости систематически посещать врача, эффективно предохраняться, избегать аборт и планировать беременность. Признается, что растет общая культура отношения к здоровью, однако многие женщины остаются неграмотными в этом отношении, их нужно стимулировать, убеждать, уговаривать, на них нужно воздействовать. С точки зрения врача и пациенток, существуют новые эффективные возможности сохранять свое репродуктивное здоровье. Однако одновременно это означает усиление медиализации и авторитарных медицинских подходов, которых многие женщины пытаются избежать.

Незапланированная беременность: медиализация и фамилизация

Самый большой риск неправильного предохранения связывается с абортами. Многие женщины и врачи исходят из того, что женщина обязательно должна стать матерью, чтобы соответствовать

своему предназначению. Аборт, средство решения проблемы неэффективного предохранения, чаще всего рассматривается как сложная дилемма и нежелательное действие.

В нашем исследовании мы поставили вопрос о том, как принимается репродуктивное решение (о деторождении или аборте) в случае незапланированной беременности. И здесь наши данные позволяют сформулировать еще одно противоречие: можно ожидать, что неэффективное предохранение влечет за собой толерантное отношение к абортам (аналогично тому, как это происходило в позднесоветское время), а негативное отношение к абортам, напротив, повышает эффективность планирования беременности. Однако это происходит далеко не всегда.

Молодые женщины ориентируются на планирование беременности и в этом оказываются солидарны с врачами. Они стремятся определить время и ситуацию, удобную для рождения, позаботиться об условиях, определить, оценить и минимизировать риски для своего здоровья и здоровья будущего ребенка (о медиализации принятия решения о деторождении в современной России см.: Забаев 2011). Однако отказ от предохранения, мешающего удовольствию и отношениям с партнером, вредного для здоровья и внешности, приводит к другим рискам — нежелательной беременности, не согласованной с планами женщины. «[Узнать о беременности — это,] да, шок. Шок. Очень неприятные ощущения. Рада я точно не была. Это было очень, очень неприятно. Это настолько шло вразрез с тем, что я планировала, и, э... с тем, что мне хотелось самой...» (27 лет).

Средством разрешения ситуации становится либо аборт, либо незапланированное рождение ребенка. Статистические исследования показывают, что в современном российском обществе количество аборт существенно снизилось и все-таки осталось высоким (по данным В. Сакевич, около половины беременностей прерываются аборт, в исследуемой возрастной группе на одно рождение приходится 0,7–0,8 аборт (Сакевич 2010: 119)). Такие истории рассказывают некоторые информантки: «[были] беременности... и не одна, и не две, и не три. То есть, ну, не хочу говорить точное число, то есть как бы их было достаточно. Вот и... то есть все они заканчивались, конечно, вот... аборт» (23 года).

Многие женщины негативно относятся к абортам, в том числе если они делали его сами. В основном информантки не оспаривают право, которое дает закон на прерывание беременности, они говорят об абортах как об индивидуальном выборе женщины (партнер). Женщины признают, что определенные ситуации вынуждают

к этому: состояние здоровье, наличие детей, отсутствие материальных и жилищных условий, отсутствие партнера, готового стать отцом, и пр. Таковы их оценки и собственные мотивы при выборе аборта.

Интервьюер: Как ты вообще относишься к абортам?

Информантка: Ну, я считаю, что это, конечно, выбор... Ну, индивидуальный, девушки с молодым человеком (25 лет).

Я решила, что мне сейчас этот ребенок не нужен, я его обреку на нищенское существование с, возможно, отцом, который не любит его мать, и матерью, которая, возможно, не любит его отца (27 лет).

К абортам? К этой ситуации нужно подходить объективно. Если есть возможность оставить ребенка, естественно, нужно рожать. Если получается так, что ребенок будет мучиться, ты будешь мучиться, да и всем вокруг это будет в тягость, то лучше сделать аборт. Просто я знаю, что я с двумя детьми тоже не справилась бы: у меня нет крова над головой, да вообще у меня ничего нет (28 лет).

На тот момент... я была совсем не уверена, что я хочу ребенка. Даже я... ну не то, что даже «не уверена», я не хотела ребенка в тот момент. И... партнер настаивал на аборте (27 лет).

Однако часто женщины считают данную практику неприемлемой. Если они делали аборт, то высказывают сожаление по этому поводу. Информантки полагают, что аборт влечет за собой новый риск: он способен привести к последующему бесплодию (особенно в случае первой беременности), может быть опасным для физического и эмоционального здоровья женщины, он травмирует тело и психику. В других случаях аборт морализируется, называется убийством и грехом. Зародыш определяется не как эмбрион, а как человек. Именно по этому поводу женщины упоминают свои религиозные убеждения, которые в иных вопросах сексуального опыта не были проявлены. «*Это очень такой серьезный шок, серьезный такой удар, по моим опять-таки ценностям каким-то. Вот. Ну что, молюсь, читаю молитвы. Переживаю до сих пор*» (23 года). Аборт описывается в таком случае также и как проявление личностной незрелости.

Предмет обсуждения в данном случае оказывается сильно эмоционально окрашенным. Приведем несколько цитат.

Что касается абORTов, то это вообще фобия всей моей жизни (24 года).

Я против того, чтобы женщины делали абORTы или что-то в этом роде. Если ей действительно приходится и никуда от этого не деться, нужно воспитывать ребенка одной (22 года).

Я поняла, что если бы я забеременела, я ни за что в жизни не сделала бы аборт, какая бы у меня жизненная ситуация не была, сколько бы денег у меня не было, была ли я замужем, не была, я никогда не сделаю аборт. Нельзя, конечно же, опять-таки зарекаться. Но вот пока я не рожу первого ребенка, точно... я не сделаю аборт. Это я уже знаю однозначно (22 года).

Интервьюер: Как ты вообще относишься к абортам?

Информантка: Я как-то сказала себе, что если у меня будет ребенок, то он должен родиться. Это что-то божественное (28 лет).

Я очень плохо отношусь к абортам и считаю вообще это грехом... Я... Вот так вот. Я тогда вообще не думала, я, когда вот забеременела, я помню, я даже вот раньше... я как-то подружкам говорила, что я даже, если меня изнасилуют, я забеременею, я аборта не сделаю, что я не сделаю аборта, и все, никогда в жизни (28 лет).

Иногда жалею... Но в каком плане? В том плане, что боюсь, вдруг повлияло это как-то на репродуктивные способности (27 лет).⁷

Позиция врачей во многом сходна с позицией женщин. Врачи-гинекологи выступают активными сторонниками эффективной контрацепции, подготовки и планирования беременности. Многие из них признают, что бывают жизненные обстоятельства, когда женщины вынуждены делать абORTы: они не могут материально содер-

⁷ Я благодарна В. Сакевич за комментарий, в котором она указала, что «по данным исследования РИДМИЖ [«Родители и дети, мужчины и женщины»] получилось, что самые молодые женщины (моложе 25) в большей степени поддерживают идею запрета аборта, чем женщины в активном репродуктивном возрасте (25–35 лет)». Исследователи сделали вывод о том, что молодые женщины «рассуждают “теоретически”, их проблема аборта просто пока не коснулась, и впоследствии они тоже будут прерывать незапланированные беременности (ибо планирование семьи пока не очень эффективно)», возникает и предположение о том, что «неприемлемость аборта для самых молодых женщин приведет к более рациональному поведению».

жать ребенка, или уже имеют детей, или они лишены поддержки отца ребенка либо других членов семьи, или имеют серьезные проблемы со здоровьем и пр. Однако при этом многие гинекологи будут уговаривать женщину сохранить беременность (особенно первую). Их главный аргумент — репродуктивное здоровье. С точки зрения врача, аборт чреват разными осложнениями и последующим бесплодием. *«Конечно, мы за сохранение беременности... Каждый аборт... приводит к воспалительным процессам, даже если... хорошо проведен... приводит к невынашиванию беременности. <...> Мы стараемся уговорить женщин, если у них нет каких-то противопоказаний... мы... сторонники того, чтоб женщина рожала»* (Д. К., 41 год). И гинеколог, признавая право принятия решения самой женщиной, предупреждает ее об опасных последствиях. По словам другого врача, *«решать за женщину никто не может: сохранять беременность, не сохранять. Решение может принять только она. Но разговоры вести, предупредить о возможных осложнениях и возможных процессах, последствиях приходится... Ее право потом уже выбрать: прерывать — не прерывать, как она решит. Но объясняется всегда вред и последствия, которые могут быть»* (Н. А., 49 лет).

В глазах врача женщина, делающая аборт, «некультурная», «безответственная», «не заботящаяся о своем здоровье». Некоторые врачи используют и морально-религиозные аргументы, выступая активными противниками абортов. Аборт считается крайне нежелательным, угрожает материнству в будущем. Собственный опыт врача также может стать аргументом: *«Я сама вообще противница, я вот аборты сама не делаю, ну, раньше, когда начинала, там, работать, делала... когда сама стала мамой, я пересмотрела свое отношение к аборту и стараюсь, что лучше предотвратит беременность нежелательную, чем, вот, потом убить... “Ну, пойду на аборт”. Я говорю: “Ну, вот износишься же, организм-то”»* (П. С., 31 год).

Аборт оценивается в рамках двух основных дискурсов — медицинского (вреда для здоровья и потенциальных рисков бесплодия)⁸

⁸ Медицинский дискурс об аборте и институциональные условия претерпели изменения за 50 лет, однако основной его посыл сохранился: «Особенно неблагоприятно аборт может отразиться на здоровье молодых женщин и впервые забеременевших. Первая беременность способствует развитию всех физических и духовных сил женщины. Особенно большую опасность представляют аборты, сделанные не в больничных учреждениях» (Жданов 1959: 331); «Особенно неблагоприятно прерывание первой беременности... Из 4 женщин, прервавших

и морально-религиозного (греха, инфантицида).⁹ Аборт также обсуждается в социальном дискурсе о социальном статусе, препятствующем родительству. И врачи, и непрофессионалы признают такую возможность, хотя и оценивают ее как крайне нежелательную.

В отличие от представительниц советских поколений, современные молодые женщины не воспринимают процедуру аборта как наказание, дисциплинирующее тело (Здравомыслова 2009: 121), изменились условия его осуществления (доступны платные услуги и пр.). Отношение к аборту переходит на уровень самодисциплинирования: по моральным, психологическим и физиологическим основаниям современная культурная молодая женщина сама не должна допускать ситуации искусственного прерывания беременности. Аборт стигматизирует женщину в глазах врачей, окружающих и ее собственных, поскольку подрывает потенциальную (риски бесплодия) или реальную (отказ выносить и родить ребенка) основу женской материнской идентичности. Итак, используя недостаточно эффективную контрацепцию, молодые женщины попадают в ситуацию сложного выбора: прерывать или не прерывать нежелательную беременность?

Рождение детей, с точки зрения женщин, в идеале должно планироваться и подготавливаться. Однако если оно откладывалось, но наступила незапланированная беременность, последняя может быть сохранена. Напомним, что на этом настаивают и врачи, особенно в случае первой беременности. Главная угроза, которую признают и женщины, и врачи, такова: после аборта женщина рискует никогда не стать матерью. Многие молодые женщины говорят: *«Буду рожать в любом случае»*, — независимо от жизненных обстоятельств. Некоторые женщины хотя и не планируют беременность в ближайшем будущем, но готовы родить, «если что».

первую беременность, практически здоровой остается лишь 1, у половины были выявлены нарушения репродуктивной функции (бесплодие у 35 %, невынашивание у 15,0 %)» (Лисицын 2010: 251). В 1959 году в научно-популярной книге первая беременность оценивалась холистически, в свете развития женщины как личности в целом, а опасности связывались с внебольничными абортами, в 2010 г. в медицинском дискурсе происходит конкретизация вреда для здоровья и угрозы для последующего осуществления материнства. Другие аргументы выдвигает морально-религиозный дискурс, который здесь в деталях не рассматривается.

⁹ В 2000-е гг. были ужесточены правила искусственного прерывания беременности. В 2011 году возникают новые инициативы по дополнительному ограничению абортов. Как реакция, происходят пикеты против ограничения прав женщин на аборт (В Москве... 2011). Моральная дискуссия становится все более активной.

Сейчас, конечно, если вдруг забеременею, то вообще вопрос возникнуть не может: я буду рожать в любом случае. Где бы я не жила, там, в общежитии — не в общежитии, в съемной квартире — не съемной, там, учусь я или работаю, — мне не важно. Я в любом случае рожаю (22 года).

Раз уж случилось и раз уж нормально, то есть нет медицинских показаний в развитии плода, чтобы делать аборт, то смысла я в этом не вижу. И независимо от того, что думает по этому поводу партнер, хочет он или не хочет (26 лет).

Если человек забеременел, ну, женщина, то, несмотря, ну... Я считаю, что она обязана будет родить. Потому что если бог дал такое, то она должна родить. Потому что в следующий раз может не получиться или еще что-нибудь (21 год).

Однако и такие действия оказываются рискованными. Рождение ребенка не обязательно связывается с финансовым благополучием и обеспеченностью жильем, с карьерными устремлениями и планами женщины или обоих партнеров. Оно также может не зависеть от воли и желания партнера. Соответственно, многие молодые женщины готовы (по крайней мере, теоретически) быть одинокими матерями. Считается, у матери-одиночки много организационных и материальных трудностей, проблем с воспитанием ребенка. Но выбор стать матерью-одиночкой не осуждается, при этом порицается бездетность. Выбор материнства, формирующийся в данном случае на этапе отказа от аборта, которому предшествует неэффективное предохранение, признается безусловной ценностью и необходимой практикой зрелой женщины в русле современной фамилистской идеологии (идеологии, поддерживающей ценность семьи, называемой материнство основным предназначением женщины). Современная российская женщина, с этой точки зрения, должна быть матерью по крайней мере одного ребенка (см. также: Роткирх, Кессели 2009). Таким образом, ее выбор в известном смысле перестает быть выбором.

Итак, в данном исследовании мы рассмотрели использование и отказ от контрацепции как арену борьбы повседневных и публичных дискурсов и практик, среди которых на основании эмпирического материала были выделены гедонистические, медицинские и фамилистские.

Гедонистические ценности и практики современного общества потребления в России оказываются не вполне совместимыми с контрацепцией. Секс-индустрия и сексология не сензитивны к вопросам предохранения: если контрацепция мешает удовольствию, скорее отказываются от контрацепции.

В области предохранения от нежелательной беременности и ИППП молодые женщины проявляют больше внимания к проблемам здоровья. Одновременно происходит экспансия гинекологии, которая выступает одним из немногих агентов, пропагандирующих идеи и практики безопасного секса и планирования беременности в России. В условиях усиления медицинского контроля и повышения ценности здоровья осуждаются несовременные методы предохранения. В свою очередь, многие женщины избегают посещения врача или обсуждения с ним контрацепции. В вопросах предохранения они опираются на практический повседневный опыт, осмысляя его в медицинских терминах. Если контрацепция оценивается как опасная для здоровья, ее не используют. Недоверие к медицине, стремление избежать встречи с врачом препятствуют ответственному контрацептивному поведению молодых женщин. Часто преимущество отдается не профилактической контрацепции, а посткоитальной экстренной, риски которой в этом случае игнорируются.

Ситуации недостаточно эффективного предохранения приводят к выбору между абортом и рождением ребенка. Аборты стигматизируют женщину как несостоявшуюся мать (или как рискующую своим материнством в будущем из-за нанесенного вреда здоровью), иногда и как не вполне моральную личность. Женщины, прерывающие беременность, оценивают аборты негативно, как крайне вынужденные. Такую же точку зрения разделяют и врачи. Если наступает незапланированная беременность и приходится делать аборт, то это не означает, что отношение к нему будет толерантным. Планируемая беременность оценивается и врачами, и непрофессионалами как предпочтительная.

Таким образом, возникающая время от времени дискуссия об ужесточении доступа к абортам, имеет определенный отклик

в повседневности (мы можем предположить, что в настоящее время такие взгляды получают большее распространение). Однако и эксперты, и молодые женщины говорят о том, что главной мерой, которая уменьшает число аборт, является использование эффективной контрацепции. Кроме того, те женщины, которые настроены сделать аборт, его все равно делают несмотря на уговоры врачей, собственный тяжелый выбор и обвинения в безнравственности. Новые репродуктивные технологии и новые поколения контрацепции, эпидемия ВИЧ/СПИДа, новые формы партнерства и новые роли мужчин и женщин создают среду для ответственного выбора. Однако усиление традиционализма и влияния церкви на светскую жизнь сводит проблему к ограничению абортов. В силу заботы о здоровье пациенток врачи оказываются солидарны с этой позицией, в то время как другая составляющая их деятельности — продвижение современной контрацепции как средства снижения абортов и риска — оказывается менее заметной и часто игнорируемой самими женщинами.

Литература

- Бодриар Ж. (2006). *Общество потребления*. М.: Республика.
- Бороздина Е. (2009). «Правильная беременность»; рекомендации медиков и советы обывателей, в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 254–278.
- В Москве прошел пикет против ограничения права женщины на аборт (2010), на сайте: *Коллективное действие*: Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.ikd.ru/node/17131>. Дата обращения: 15.05.2010.
- Вишневский А., ред. (2006). *Демографическая модернизация России 1990–2000*. М.: Новое издательство.
- Жданов Д., ред. (1959). *Книга о здоровье*. М.: Медгиз.
- Забаев И. В. (2011). Рациональность, ответственность, медицина: проблема мотивации деторождения в России в начале XXI в., *Экономическая социология*, т. 12, № 2, с. 21–48. Электронный ресурс. Режим доступа: http://ecsoc.hse.ru/issues/2011-12-2/annot.html#doc_23284. Дата обращения: 15.05.2011.
- Захаров С., Сакевич В. (2008). Особенности планирования семьи и рождаемость в России: контрацептивная революция — свершившийся факт? в кн.: Малеева Т. М., Синявская О. В., ред., *Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе*. Вып. 1: Независимый институт социальной политики. М.: НИСП, с. 127–171.

- Здравомыслова Е. (2009). Гендерное гражданство и абортная культура, в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 108–135.
- Здравомыслова Е., Темкина А. (2009). «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине, в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 179–210.
- Кон И. (2010). *Клубничка на березке: Сексуальная культура в России*. М.: Время.
- Лариваара М. (2009). Моральная ответственность женщин и авторитет врачей: взаимодействия гинекологов и пациенток, в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 313–345.
- Лисицын Ю. (2010). *Общественное здоровье и здравоохранение*. М.: Гэотар-Медиа.
- Мейлахс Н. (2009). Неслышные переговоры: выбор способа предохранения и отношения между партнерами, в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 346–372.
- Роткирх А., Кессели К. (2009). Деторождение и его место в жизненном цикле петербургских женщин, в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 426–455.
- Сакевич В. (2010). Планирование семьи в России, на сайте: *Полит.ру*: Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.polit.ru/research/2010/03/14/demoscope409.html>. Дата обращения: 19.03.2010.
- Сакевич В. И. (2009). Особенности внутрисемейного контроля рождаемости в России, в кн.: Малеева Т. М., Синявская О. В., ред., *Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе*. Вып. 2. М.: НИСП, с. 119–139.
- Темкина А. (2008). *Сексуальная жизнь женщины: между свободой и подчинением*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге.
- Темкина А. (в печати). Что делает секс «опасным», в кн.: *Социология вчера, сегодня, завтра: Четвертые социологические чтения памяти Валерия Борисовича Голофаства*.
- Темкина А. (2011). Что делает секс «опасным», на сайте: *Полит.ру*: Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.polit.ru/country/2011/03/24/contr.html>. Дата обращения: 15.05.2011.

- Gerber T., Berman D. (2008). Heterogeneous Condom Use in Contemporary Russia, *Studies in Family Planning*, vol. 39, N 1, March, p. 1–17.
- Freidson E. (1988). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago; London: University of Chicago Press.
- Lorber J. (1997). *Gender and the Social Construction of Illness*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lupton D. (1994). *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.
- Temkina A., Rotkirch A., Haavio-Mannila E. (2012). Sexological Encounters in Russia. Pleasure and Gender in a Newly Formed Professional Field, in: Kathryn Hall K., Graham C., eds., *The Cultural Context of Sexual Pleasure and Problems: Psychotherapy with diverse clients*. In print.
- Regushevskaya E., Dubikaytis T., Nikula M. et al. (2009). Contraceptive Use and Abortion Among Women of Reproductive Age in St. Petersburg, Russia, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 41, N 1, p. 51–58.
- Perelman F., McKee M. (2009). Trends in Family Planning in Russia, 1994–2003, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 41, N 1, p. 40–50.
- Zakharov S. (2008). Russian Federation: From the First to Second Demographical Transition, *Demographic Research*, vol. 19, N 24, p. 907–972.
- Rivkin-Fish M. (2010). Pronatalism, Gender Politics, and the Renewal of Family Support in Russia: Toward a Feminist Anthropology of “Maternity Capital”, *Slavic Review*, vol. 69, N. 3.
- World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health*. (2004). UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York, 2004.

- О. И. — женщина, около 40 лет, психиатр, сексолог, кандидат медицинских наук. Имеет диплом сексолога после переподготовки, работает в коммерческом медицинском учреждении.
- П. К. — женщина, 35 лет, акушер-гинеколог ЖК, стаж работы в данной ЖК 7 лет, общий стаж 12 лет.
- П. С. — женщина, 31 год, акушер-гинеколог ЖК, закончила аспирантуру, стаж работы 6 лет.
- Ш. К. — женщина, 37 лет, акушер-гинеколог, стаж работы 1 год интерном в родильном доме, в данной ЖК 12 лет.

Список профессионалов

- Д. К. — женщина, 41 год, акушер-гинеколог ЖК, стаж работы в данной ЖК 17 лет.
- Д. С. — женщина, 74 года, акушерка-гинеколог ЖК, 46 лет медицинского стажа.
- И. М. — мужчина, около 45 лет, сексолог, преподаватель факультета психологии, врач-психотерапевт, образование: акушер-гинеколог, практикует с 1995 года.
- Н. А. — женщина 49 лет, акушер-гинеколог ЖК, по совместительству врач в частной клинике, стаж работы в ЖК 17 лет.
- С. К. — женщина, 47 лет, акушер-гинеколог ЖК, стаж работы в данной консультации 8 лет, ранее работала гинекологом в больнице, общий стаж 24 года.