

*Елена Здравомыслова, Анна Темкина*

## **Введение. Гендер, здоровье, медицина и интимная жизнь**

Когда мы заканчивали сбор материалов для этой книги, одна из коллег рассказала историю: она перенесла гинекологическую операцию и испытала на себе все типичные проблемы взаимодействия с медициной, о которых с удивительным постоянством рассказывают женщины. Она почувствовала острые боли в воскресенье, не знала, куда обратиться за помощью, и ее охватила паника. С помощью многочисленных советчиков и посредников ей удалось попасть в больницу, использовав медицинские знакомства «второй степени» — родственницу подруги знакомой ее мужа, тоже медика. Через несколько дней, после удачно проведенной срочной операции, женщину отпустили домой. Вопреки ожиданиям, ей не пришлось оплачивать лечение несмотря на отсутствие страхового полиса. После больницы наша коллега должна была посетить врача, чтобы получить дальнейшие назначения, что она незамедлительно и сделала. Однако, выслушав противоречивые суждения профессионалов, она не смогла понять ни причины заболевания, ни того, что и как она должна делать в дальнейшем, чтобы избежать осложнений со здоровьем. Как и многим другим, больной пришлось выстраивать стратегии доступа в медицинское учреждение, мобилизовывать социальные сети, пытаться понять диагноз и причины заболевания, сопоставлять мнения разных врачей, искать информацию в Интернете и у друзей, выяснять правила оплаты медицинских услуг. На основании этого опыта она, как и многие в аналогичной ситуации, сделала вывод о коллапсе российской системы здравоохранения и кризисе собственной идентичности.

В предыдущих исследованиях мы выясняли, почему, с точки зрения пациенток, при столкновении с медициной постоянно повторяются ситуации недоверия, непонимания, неудовлетворенности (Здравомыслова, Роткирх, Темкина 2009; Здравомыслова, Темкина 2009; Здравомыслова, Пасынкова, Ткач 2010; Темкина 2008). С точки зрения врачей, система здравоохранения также выглядит

неэффективной, однако их интерпретация в значительной мере отличается от той, которую представляют пациенты.

В данной книге мы продолжаем социологическое исследование здоровья и медицинского взаимодействия. В центре внимания — отношения между врачами и пациентами в сфере репродуктивного и сексуального здоровья. В этих отраслях здравоохранения воспроизводятся многочисленные проблемы, характерные для медицины в целом, однако они имеют свои особенности, связанные, в частности, с чувствительностью к вопросам гендерной идентичности и сексуальной жизни, с социальным конструированием заболеваний телесного «низа». Нас интересуют перспективы различных субъектов медицинского взаимодействия: акушеров-гинекологов, особых групп пациентов (беременных женщин, женщин с диагнозом «бесплодие» и пр.); мы выявляем их стратегии и репрезентации сексуального репродуктивного здоровья в разных дискурсах.

Кроме того, авторы рассматривают гендерную организацию сексуальной и эмоциональной жизни молодежи, проводят анализ сексуальных и репродуктивных практик новообращенных мусульманок и идентичностей «маленьких мам». Такая «мозаика» демонстрирует многообразие форм и сложность устройства сферы интимной жизни в России, хотя, разумеется, не исчерпывается этим.

Исследования выполнены методами глубинного интервью, включенного наблюдения, дискурсивного анализа. Большая часть статей написана на материалах проекта гендерной программы ЕУСПБ «Гендерное устройство частной жизни в российских регионах», поддержанного Фондом Форда и корпорацией «Новартис» (руководители Е. Здравомыслова, А. Темкина).<sup>1</sup> Исследование проводилось в Архангельске, Казани, Самаре, дополнительные интервью были собраны в Петербурге и Москве (2009–2010), в качестве данных использованы 47 интервью о тенденциях сексуальной жизни (32 — с женщинами и 15 — с мужчинами) и 49 интервью об обеспечении репродуктивного и сексуального здоровья (22 — с врачами и медицинскими работниками и 27 — с пациентками). Некоторые авторы сборника проводили собственные исследования, посвященные репродуктивному здоровью и интимной жизни в Петербурге,

<sup>1</sup> Грант № 080–1405. Координатор полевой работы в регионах — О. Ткач, руководители полевых исследований: О. Запорожец (Самара), Л. Сагитова (Казань), О. Поспелова (Архангельск).

Волгограде, Ульяновске. В 2009–2011 годах программа, рабочие материалы и результаты исследования обсуждались на постоянно действующем семинаре гендерной программы.

### **Гинекология: гендерная чувствительность и институциональные барьеры**

Данные проведенных исследований убедительно показывают, что медицинские взаимодействия в сфере репродуктивного и сексуального здоровья характеризуются особой гендерной чувствительностью. Более подробно данный вопрос рассматривается в статье *Елены Здравомысловой и Анны Темкиной*. Авторы показывают, что гинекология встроена в гендерный символический порядок, который воспроизводит конвенциональные модели женственности, связанные с осуществлением материнства и сценариями сексуальной жизни. Репродуктивная медицина не является ценностно-нейтральной. При вторжении в наиболее интимную сферу женского телесного опыта проявляется нечувствительность патриархатного порядка к индивидуальным потребностям женщины (Ольга Исупова демонстрирует этот эффект на примере анализа случая бесплодия, стигматизирующего женщину). Кроме того, гинекология является объектом политического регулирования, в ней отражается государственная гендерная политика (стремление к повышению рождаемости, ограничения аборт, отношение к беременности и бесплодию и пр.). Как и другие отрасли медицины, эта сфера коммерциализована и бюрократизована. И врачи, и пациенты остро переживают недостатки организации современного здравоохранения. Медики осознают препятствия для рациональной организации труда, сложности удовлетворения возрастных потребностей пациенток, падение престижа профессии.

Репродуктивное и сексуальное здоровье — объект заботы акушера-гинеколога — напрямую связано с гендерной идентичностью. Такое символическое значение гинекологии придает особую роль институционализированным взаимоотношениям между врачами и пациентками (этот аспект рассматривается в статьях *Е. Здравомысловой и А. Темкиной, Е. Бороздиной, Д. Красильниковой* в первом разделе книги «Пациентки и врачи в репродуктивной медицине: дилеммы и стратегии»). Следуя феминистской традиции,

забота концептуализируется авторами как работа, требующая персонализированного внимания к переживаниям, нуждам и потребностям других, сопряженная с экономическими, физическими, когнитивными и эмоциональными затратами. Проявление персонализированной заботы по отношению к пациенту в известной степени противоречит безличным принципам профессионализма, которые предполагают применение универсальных схем и стандартов. Взаимодействие врача и пациента с учетом этих принципов интерпретируется как авторитарное доверительное сотрудничество, предполагающее исполнение институционализированных ролей. Пример такого взаимоотношения приводит *Д. Красильникова*, описывая в своем эссе техническую (традиционную, бюрократизированную) модель исполнения роли врача. Такой формат предполагает отношение к пациенту как к телесному объекту, который не может исправно «функционировать», — нужно провести его обследование, выявить болезнь и назначить лечение. В таком взаимодействии врач — беспристрастный эксперт, обладающий знанием и властью.

Однако в современном обществе авторитарное сотрудничество проблематизировано, это показывает критическая социология медицины. Под давлением структурных преобразований уменьшается дисбаланс власти и знания обывателя и эксперта, постепенно формируется модель медицинского взаимодействия, предполагающая «взаимное участие» врача и пациента в общем деле поддержания здоровья. Такие трансформации касаются и репродуктивной медицины, тем более что она затрагивает экзистенциальные вопросы гендерной идентичности и продолжения жизни. Эгалитарное доверительное сотрудничество предполагает признание пациента как партнера при решении проблем, связанных со здоровьем. Эффективность медицинского взаимодействия зависит от способности врача убедить пациента следовать его назначениям. Чтобы достичь этой цели, гинеколог должен учитывать индивидуальный жизненный опыт пациентки, особенности ее биографической ситуации. Профессионализм при исполнении такой роли — это «рефлексия в действии», предполагающая сочувствие и поддержку, когда пациентка воспринимается не как «институциональная позиция», а как конкретная личность.

И пациентки, и врачи признают значимость комфортной межличностной коммуникации, при которой, как показывает *Е. Бороздина*, ключевой категорией становится внимание. Если женщину

не удовлетворяет отношение к ней врача (в первую очередь из-за отсутствия персонализированной заботы), то она может избегать его посещения или искать альтернативные способы обслуживания (см. статью Марии Герасимовой).

Для формирования доверия, а также осуществления заботы и сотрудничества в сфере репродуктивной медицины существуют многочисленные барьеры. Их наличие очевидно и для пациенток, и для врачей. Как показывают Е. Здравомыслова и А. Темкина, практикующие акушеры-гинекологи позиционируют себя как заложников системы здравоохранения со всеми ее реформами. Хотя национальная программа «Здоровье» и введение родовых сертификатов способствовали расширению ресурсной базы женских консультаций, но основные проблемы по-прежнему остаются актуальными с точки зрения врачей. Как показывают авторы данного сборника, в качестве барьеров можно назвать ограниченное время, которым располагает врач, «двойная занятость», нехватка младшего медицинского персонала, большие объемы бумажной работы. В системе здравоохранения преобладает идеология бюрократического профессионализма, ориентированного на плановые задания и стандартные схемы. *Екатерина Бороздина* делает вывод о том, что бюрократические практики женских консультаций «скорее препятствуют, чем способствуют формированию столь важных для эффективного лечения отношений заботы». Исследование Дарьи Красильниковой показывает, что для выполнения иной, более персонализированной, модели врач вынужден тратить свое личное время на оформление документации после работы, а также затрачивать дополнительные эмоциональные ресурсы.

Еще один барьер — социальные различия в степени доступности качественных услуг репродуктивной медицины. Современные исследователи проблематизируют неравенство в доступе к ресурсам здравоохранения у представителей разных социальных слоев и этнических групп. Применительно к гинекологии данную проблему рассматривает *Мария Герасимова*. Она исследует медицинское обслуживание в бюджетных и частных медицинских учреждениях с точки зрения пациенток. Информантки сравнивают обслуживание в женских консультациях с бюрократизированным конвейером; в частном секторе медицины их привлекает комфорт, качество обслуживания, объем информации, а также стиль общения с врачом. Как показывает исследовательница, при обращении

в женскую консультацию пациентки, обладающие более низким статусом, не только жалуются на очереди, неудобное время приема и пр., но также чаще считают, что врачи относятся к ним пренебрежительно. В результате женщины, «чье положение в обществе более уязвимо, испытывают проблемы и во взаимодействии с врачами».

Важнейшим барьером для эффективного медицинского обслуживания пациенток является недостаток сотрудничества и доверия. Е. Здравомыслова и А. Темкина анализируют перспективу врача, который на своем опыте выстраивает типологию пациенток и конструирует формы доверительного сотрудничества с ними. В соответствии с конвенциональной моделью медицинского взаимодействия женщина должна доверять врачу-эксперту и следовать его предписаниям. Однако в современном обществе растут притязания пациенток, они позиционируют себя как требовательные «клиентки» медицинского сервиса. Культурный тип традиционной послушной пациентки системы Семашко постепенно уходит в прошлое. Врачи конструируют новый тип идеальной пациентки: исполнительной, информированной, обладающей знаниями и адекватными, с точки зрения медиков, представлениями о своем здоровье и лечении. Во взаимодействии с дисциплинированными сведущими и ответственными пациентками появляются элементы эгалитарного сотрудничества во имя здоровья. Гинекологи конструируют и другие типы — «некультурных» и «избыточно требовательных» пациенток. Женщины, которых врачи называют некультурными, пренебрегают своим здоровьем, игнорируют предписания медиков. «Трудные», требовательные пациентки вступают в своего рода конкурентную борьбу с врачами за информацию, борются за комфорт при медицинском обслуживании, пытаются изменить структуру властных отношений с медиками и пр. В ряде случаев такие женщины рассматриваются как агрессивные клиенты, стремящиеся унижить врача, переводя его в разряд персонала, обслуживающего потребности нового класса. У профессионалов практики «избыточно требовательных» пациенток не получают одобрения, однако первые признают существование вторых и необходимость учитывать их пожелания в медицинском взаимодействии. В целом пациентки оспаривают безусловный характер власти врача-эксперта, что вызывает негативные реакции практикующих врачей, ощущающих падение престижа собственной профессии в контексте реформ здравоохранения.

Особый случай мобилизации пациенток изучает *Ольга Исупова*, использующая метод нетнографии (интернет-антропологии). Она анализирует виртуальное сообщество женщин, получивших медицинский диагноз «бесплодие». Автор показывает, как в сообществе происходит конструирование знания о причинах бесплодия, переопределяется, казалось бы, фатальный диагноз, вырабатываются стратегии решения проблемы деторождения. В ходе коммуникации формируется особый социолект пациенток репродуктивных центров, медиализированный, но тем не менее понятный непрофессионалам и релевантный личному переживаемому опыту женщин. Особое место в формировании виртуального сообщества занимает обсуждение медицинских ошибок, которые проблематизируют авторитет профессионалов. Участницы интернет-форума ставят под сомнение полномочия медицинской экспертизы, формируют представление о собственных возможностях и стратегиях. Благодаря образованию, саморефлексии и обмену личным опытом происходит рост сознания пациенток. Женщины, ранее позиционируемые как объекты медицинского произвола, хотя и направленного на их же благо, «обретают силу». Исследование активных пациенток выявляет структурные барьеры на пути эффективного обеспечения здоровья и материнства. Среди них — бюрократические издержки работы врачей, большие затраты времени (а часто и денег), отсутствие консолидированного мнения специалистов, которому может доверять пациент, а также стигматизация бесплодия. Солидарность сообщества — один из способов преодоления барьеров, которые зачастую невозможно осуществить в одиночку. В виртуальном сообществе, делает вывод автор, происходит процесс создания новой идентичности женщины, для которой характерно чувство коллективной принадлежности и ощущение силы сообщества за спиной.

Исследования медицинских взаимодействий в сфере репродуктивного здоровья показали, что для доверительного сотрудничества оказывается значимым пол врача (Е. Бороздина, М. Герасимова). Апелляция к общему женскому опыту врача и пациентки может повышать комфортность и эффективность коммуникации за счет изменения дистанции и баланса власти. Как показывает М. Герасимова, пол/гендер врача особенно значим для пациенток с низким социально-экономическим статусом. Они руководствуются своеобразной гендерной оптикой, считая, что женщина-гинеколог лучше понимает женские проблемы, связанные с интимной сферой. Однако при

наличии серьезных гинекологических проблем такие пациентки отдают предпочтение врачам мужского пола, которых они чаще встречают на высоких должностях и в крупных медицинских учреждениях или частных клиниках. Пациентки больше удовлетворены взаимодействиями с ними, объясняя это высоким профессионализмом мужчин-врачей и стилем общения, вызывающим доверие. Таким образом, профессионализм гинекологов оказывается полотиципизированным конструктом, воспроизводящим гендерные иерархии в обществе. Однако для высокостатусных пациенток, напротив, пол врача не столь важен. Выбирая врача, образованные женщины ориентируются на репутацию специалиста. Доверие к гинекологу основывается на рекомендациях, опыте и признании последнего. Отношение к врачам является гендерно-нейтральным.

Авторы сборника поднимают вопросы, связанные с особенностями сочетания нескольких методов исследования медицинского взаимодействия и эффектом триангуляции данных. Так, сопоставляя данные интервью и наблюдений, Д. Красильникова фиксирует различия между высказываниями врачей, которые представляют нормативную модель медицинского взаимодействия, и практиками обслуживания. Во-первых, расхождения касаются неформальной оплаты медицинских услуг. Врачи умалчивают или не признают эти практики, даже зная, что исследовательница сама наблюдала «прямую оплату» у них в кабинете. Во-вторых, в интервью гинекологи утверждают, что они подробно информируют пациенток о проблемах их здоровья и предписаниях, в то время как на практике разъяснения даются довольно редко. В-третьих, профессионалы признают необходимость проявлять индивидуальный подход при подборе контрацепции, однако на приемах они предлагают приблизительно одну и ту же схему. Несмотря на все сложности, врачи и пациенты стремятся к одной цели — обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья.

## **Забота о сексуальном и репродуктивном здоровье, медиализация и гендер**

В публичном и профессиональном дискурсе представления о сексуальном здоровье не являются однозначными, они зависят от способов репрезентаций, типов практик и переговоров между агентами.

Что же такое сексуальное здоровье? Показатель жизненного благополучия человека в целом или способ его достижения? Функционирование поло-репродуктивной системы человеческого организма или состояние индивида как целостной личности? Отсутствие проблем и заболеваний, профилактика или лечение? Нравственная характеристика индивида или качество интимных отношений? Наличие эрекции и оргазма? На эти вопросы нет однозначного ответа. Во втором разделе книги «*Сексуальное здоровье и гендер: дискурсы и практики*» авторы обращаются к различным культурным репрезентациям сексуального и репродуктивного здоровья с учетом их гендерного измерения. В фокусе внимания — медицинские и повседневные представления и практики, а также тематизированный медийный дискурс. Сексуальное здоровье, представленное в разных перспективах, выступает предметом переговоров по поводу интерпретации, диагнозов, способов лечения, степени вмешательства профессионалов и пр. Авторитетное экспертное знание закрепляется в первую очередь за медиками и психологами, с ним конкурируют моральные императивы, ценности общества потребления, а также повседневные практики и знание, основанное на личном опыте.

Исследователи анализируют гендерное конструирование сексуальной жизни и репродуктивного здоровья. Эти области опыта встроены в современный гендерный символический порядок, воспроизводят и демонстрируют противоречивую интерпретацию социальных различий между группами, определяемыми по признаку пола. Так, например, исследователи обнаруживают, что практикующие сексологи признают наличие сексуальных потребностей и у мужчин, и у женщин (Анна Роткирх и Анна Темкина), в то время как медийный дискурс о сфере сексуальных отношений зачастую овеществляет и объективирует женщину (Александрина Ваньке). В повседневности и рыночном сегменте, обслуживающем сексуальные потребности, признаются сексуально-гедонистические ориентации женщин, в то время как гинекология фокусирует внимание на репродуктивной функции.

Авторы сборника показывают, что в целом для различных дисциплинарных дискурсов характерно продвижение либеральной идеи ответственности граждан за собственное здоровье. Сексологи ожидают от пациентов внимания к сфере сексуальности; медийный дискурс стимулирует мужчин к заботе о сексуальном здоровье, гинекологи настаивают на том, чтобы женщины (и их партнеры)

эффективно предохранялись от ЗППП и нежелательной беременности. Сексуальная и репродуктивная сфера медиализированы, в заботе о здоровье врачи претендуют на эксклюзивную позицию экспертов.

Важное место в определении сексуальности и сексуального здоровья занимает сексология (что неудивительно). Анна Роткирх и Анна Темкина рассматривают институционализацию этой профессии в России. Они отмечают диверсификацию профессионального поля сексологии: имеет место разнообразие теорий, терминологии и клинических подходов. В фокусе внимания экспертов — сексуальное удовольствие, здоровье и благополучие мужчин и женщин. Основные интерпретации связаны с теориями половой конституции и представлениями о гендерных и возрастных различиях сексуальной жизни. Сексология ориентируется на индивидуальные особенности и ситуации конкретного человека. Специалисты признают значимость информированности людей в данной области как необходимое условие сексуального здоровья и благополучия. Признаются потребности женщины, ее активность и заинтересованность в сексе. Женщина не воспринимается только как объект мужского желания (для сравнения: именно это происходит в некоторых сегментах публичного дискурса — см. А. Ваньке); гендерные различия считаются естественными, указывается на то, что женщины и мужчины в равной мере ответственны за качество интимных отношений.

Мужская сексуальность и здоровье являются предметом критического исследования *Александрины Ваньке*, в котором рассматривается сексологический дискурс журнала *Men's Health*. Мужская сексуальность предстает в перспективе различных дисциплин: она обсуждается медиками, биологами, психологами, диетологами и другими специалистами. При этом именно сексологи выступают как авторитеты, определяющие нормативы сексуальной жизни; они ставят диагнозы, дают советы и предлагают рецепты (по аналогии с управлением приборами и приготовлением пищи). Современный «норматив» мужской сексуальной жизни предполагает заботу о здоровье, информированную сексуальную активность, способность доставлять женщине удовольствие. Сексуальный опыт медиализируется и психологизируется. Мужская сексуальность конституируется через противопоставление женской. Женщина представлена как телесный (физический) «объект управления» со стороны сексуально образованного мужчины: ее можно переставить, положить

горизонтально, «зажечь» или «потушить». В дискурсе мужского журнала женское тело отождествляется с предметами домашнего обихода, а мужское — с машиной. Идеальные модели мужественности и женственности конструируются как функциональные и инструментальные. Телесное здоровье мужчины выступает залогом успеха в сфере сексуальности, а значит, и в сфере профессиональных достижений.

Гедонистический дискурс и ценности современного общества массового потребления влияют на определение сексуальности и сексуального здоровья. Медийный дискурс продвигает идеи здоровой сексуальности в рекламе определенных товаров для мужчин и женщин. Значимыми становятся массовая культура, индустрия моды, секса и развлечений.

Как показывает Анна Темкина, сексуальные практики женщин формируются под влиянием конфликтующих гендеризированных систем референций — гедонистических, медицинских и фамилистских. Несмотря на осознание рисков и ценности здоровья, женщины зачастую отказываются от надежных контрацептивов, руководствуясь стремлением к удовольствию. Удовлетворение сексуальных потребностей партнера может считаться более важным, чем использование контрацепции.

Важнейшим контекстом отношения к предохранению являются ценности репродуктивного здоровья. Однако представления врачей и женщин о репродуктивном здоровье не сходятся между собой, а имеющиеся различия не обсуждаются. Недостаток обсуждения препятствует доверительному сотрудничеству между гинекологами и их клиентками. Исходя из того что контрацепция может нанести вред здоровью, врачи, являющиеся активными сторонниками современных методов предохранения, считают необходимым постоянный медицинский контроль. Медики стигматизируют пациенток, которые отказываются от использования эффективной контрацепции и от медицинского вмешательства, ориентируясь на автономные стратегии предохранения. Они считают, что женщины, пренебрегающие правилами предупреждения рисков и авторитетными суждениями врачей, и особенно те, кто делает аборты, являются безответственными и наносят непоправимый вред своему репродуктивному здоровью.

При обсуждении вопросов использования контрацепции в ходе медицинского взаимодействия врачи и пациентки по умолчанию

исходят из того, что под руководством медицинских экспертов женщина в состоянии самостоятельно контролировать свое сексуальное и репродуктивное здоровье. За редким исключением вопрос о переговорах и сотрудничестве партнеров по поводу здоровья в интимной сфере не озвучивается ни в сексологическом, ни в гинекологическом дискурсе.

Итак, все исследования фиксируют противоречивый характер изменений в отношении к сексуальному и репродуктивному здоровью женщин. Врачи-эксперты и образованные пациентки оказываются проводниками рационализации и медиализации. Эффективному сотрудничеству врача и пациента препятствуют недоверие и бюрократические барьеры. Такие тенденции развиваются одновременно с противоречивыми трендами — либерализации и нео-традиционализма в сексуальной жизни.

## Ценности и практики интимной жизни молодежи

В фокусе внимания авторов третьего раздела книги *«Интимная жизнь: секс, любовь, материнство»* — гендерные практики, дискурсы и нормы, касающиеся сферы чувств, сексуальных отношений и материнства. Различия и неравенство анализируются с учетом принадлежности к определенному социальному слою, возраста, религиозности.

Как показывает Е. Бороздина, смысловым стержнем сексуальной жизни современной светской молодежи является категория любви. Она репрезентируется как суперценность и норма, с ней индивиды обоих полов соотносят собственный опыт. Переживание любовного чувства осмысливается как признак взросления личности и осознания себя в качестве социально компетентного члена общества. При этом исследовательница отмечает тенденцию рационализации интимной жизни, сходную с теми трендами, которые показывает Э. Илуз. На смену гедонистическим и сентиментальным категориям страсти и романтического чувства приходят такие понятия, как внимание, доверие, забота. Настоящая любовь описывается как эксклюзивная долгосрочная привязанность, включающая сексуальные отношения. И женщины, и мужчины связывают настоящую любовь с эмоционально вовлеченной заботой о другом, с принятием на себя практической ответственности за благополучие

близкого человека. Любовь в современном понимании становится более эгалитарной по сравнению с двойными гендерными стандартами романтической любви, описываемой Э. Гидденсом.

Переживание любви связывается также с формированием гендерной идентичности (и гендерных различий) «нормального» мужчины и «нормальной» женщины. Для женщин, ориентирующихся на экспрессивную роль заботы, любовь выступает более значимой категорией сексуальной автобиографии, чем для мужчин. Они чаще используют соответствующие лексемы в своих рассказах, больше рефлексируют по поводу любовного чувства. Для мужчин любовь в большей степени связана с сексуальным удовольствием, однако и для них забота о партнерше является значимой.

Романтические ценности не всегда рассматриваются как основание для вступления в сексуальные и партнерские отношения. *Ольга Максимова* анализирует правила интимной жизни молодых образованных мусульманок Казани. Среди этих правил — разделение публичной и приватной сферы в репрезентации женственности, ношение платка, выбор в качестве супруга мусульманина, добрачное целомудрие, гендерная субординация в семье. Данные практики формируют специфический гендерный уклад мусульманской семьи, характерный для сегмента среднего класса Татарстана. Однако в нем существуют и значительные вариации в зависимости от семейной социализации и субординации, степени религиозности, наличия добрачного сексуального опыта у женщины. Между религиозными предписаниями, которые хорошо известны информанткам, и повседневными практиками часто наблюдается рассогласование. В сфере сексуальных отношений молодые мусульманки признают значимость удовлетворения обоих супругов, допускают разнообразие техник, сексуализированный дисплей в приватной сфере (иногда и в публичной). Некоторые женщины рассматривают практики сексуального удовольствия как соответствующие правильно понятым мусульманским канонам. Заметим, что в исследовании, которое ранее проводилось нами в Таджикистане, мы не встретили такой интерпретации; напротив, женщины связывали признание своих сексуальных потребностей исключительно с современными представлениями. Однако, как показывает О. Максимова, городские мусульманки признают гендерное равенство в праве на удовлетворение сексуальных потребностей и одновременно гендерные различия в структуре сексуального желания (доминирование мужского

желания). Как и у светской молодежи, эмоциональная и сексуальная привязанности супругов считаются значимыми. Молодые мусульманки проблематизируют наиболее жесткие патриархальные нормы: например, они выражают негативное отношение к многоженству, допускаемому религией.

Исследовательница показывает, как религиозная идентичность женщин может выступать ресурсом их внимания к собственному сексуальному и репродуктивному здоровью, ресурсом «расширения сексуального сценария», осуществления особых практик заботы о теле. Обсуждая выбор средств предохранения, молодые мусульманки, как и их светские сверстницы (последним посвящена статья А. Темкиной), учитывают в первую очередь репродуктивное здоровье. Несмотря на строгий запрет абортов и негативное отношение к ним, мусульманки могут оказаться в ситуации, когда беременность прерывается. Сталкиваясь с недостаточной заботой врачей и всей системы здравоохранения во время беременности, пациентки преодолевают дефицит доверия и асимметрию власти обращением к вере. (В литературе описаны аналогичные практики и у православных женщин.) В результате в одних сферах интимной жизни действуют неотрадиционалистские нормы и практики, в то время как в других они модернизированы или ритуализированы. Так, например, в соответствии с религиозными предписаниями внебрачное материнство жестко осуждается.

В светской жизни сексуальные нормы стали гораздо более вариативными, в частности, не обязательно ограничиваются брачными отношениями. Однако существуют достаточно жесткие предписания относительно возраста, подходящего для деторождения с точки зрения биологической, медицинской и социальной перспективы. *Надежда Нартова* исследует субъективность несовершеннолетних матерей. Автор выделяет несколько типов «маленьких мам» в зависимости от различий в стратегиях родительства и интерпретаций переживаемого опыта. Первая стратегия — активное материнство предстает как желаемый, приносящий удовольствие и удовлетворение опыт. Для него характерна высокая ценность деторождения и эмоциональных связей с ребенком, для чего молодость матери не является помехой. Такое отношение к материнству свойственно обществам позднего модерна. Вторая стратегия — традиционалистская, когда материнство конституируется как «естественный» воспроизводимый опыт, задающий судьбу женщины, что в целом

присуще российской культуре. Дистанцированное материнство — это третья стратегия, осознаваемая как преждевременный переход во взрослость. Такой способ субъективации отражает конвенции о соотношении возраста и репродукции. Автор показывает, что материнство несовершеннолетних матерей воплощает не одну, а множество стратегий, этот феномен определяется некогерентными гендерными идеологиями современного общества, активным и ответственным материнством, с одной стороны, традиционализмом и обязательным «вмененным» материнством — основой «женского предназначения» — с другой.

Данная книга представляет совокупность исследований отдельных случаев, которые относятся к разным темам, процессам и социальным институтам. На их основании трудно делать валидные обобщения, однако мы на это и не претендуем. Тем не менее проведенные исследования позволяют обозначить определенные тренды, которые касаются интимной жизни и влияют на обеспечение здоровья. Мы приходим к выводу о том, что интимность фрагментирована, ее «конфигурации» различаются в разных социальных институтах. Для нее характерны классовые, этнические, возрастные и гендерные различия. Границы интимности в современном обществе становятся прозрачными, приватные вопросы превращаются в публичные (в соответствии с классическим феминистским тезисом: «Personal is political/public»). Дух капитализма в России усиливает рационализацию, становятся важными расчет, стратегии, биографические ресурсы, поддержание здоровья. Интимность не только фрагментируется и рационализируется, но и медикализируется, обеспечение репродуктивного и сексуального здоровья увязывается с гендером. Для того чтобы забота о здоровье была эффективной, необходимо признавать и учитывать разнообразные тренды и вариации в практиках и устройстве интимности, развивать институциональную чувствительность к проблемам, с которыми сталкиваются женщины и мужчины.

- Здравомыслова Е., Пасынкова В., Ткач О. и др., ред. (2010). *Практики и идентичности: гендерное устройство*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге.
- Здравомыслова Е., Роткирх А., Темкина А., ред. (2009). *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге.
- Здравомыслова Е., Темкина А., ред. (2009). *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге.
- Темкина А. (2008). *Сексуальная жизнь женщины: между свободой и подчинением*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге.
- Giddens A. (1993). *The Transformation of intimacy. Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*. Stanford: Stanford University Press.
- Illouz E. (1993). *Consuming the Romantic Utopia: Love and the Cultural Contradictions of Capitalism*. Berkeley: University of California Press.