

здоровье и ИНТИМНАЯ ЖИЗНЬ социологические подходы

сборник статей

под редакцией
Е. Здравомысловой, А. Темкиной



*гендерная серия
выпуск третий*

СПб 2011

УДК 316.64
ББК 6.0.5.4.1
З-46

Рецензенты:

П. Аронсон, канд. социол. наук, доктор философии
(Уорикский университет, Великобритания),
научный сотрудник Института социологии медицины,
Клиника Charite, Берлин;
Е. Лярская, канд. ист. наук, научный сотрудник
факультета антропологии ЕУСПб

З-46 **Здоровье и интимная жизнь:** социологические подходы :
сборник статей / под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. —
СПб. : Издательство Европейского университета в Санкт-Петер-
бурге, 2011. — 324 с. — (Гендерная серия; Вып. 3).

ISBN 978-5-94380-124-2

В фокусе социологического внимания авторов — многоцветная и слож-
но организованная интимная жизнь современной молодежи. Она включает
любовные отношения и практики родительства, сексуальные, дружеские
и родственные отношения. В современном мире интимная жизнь находит-
ся под влиянием общественных институтов, среди которых все большую
роль играют здравоохранение и медицина. Репродуктивные и сексуальные
практики медиализируются: они регулируются гинекологией, андроло-
гией, сексологией, а также психологией, религией, государственной со-
циальной политикой. В сфере репродуктивной медицины складываются
особые отношения между врачом и пациентом (клиентом). И врачи, и па-
циенты признают рост внимания к репродуктивному и сексуальному здо-
ровью, при этом ни те, ни другие не удовлетворены его обеспечением.
Бюрократические барьеры в медицине, социальное неравенство, в том чис-
ле гендерное, мешают эффективному взаимодействию врача и пациента.
Эти и другие вопросы рассматриваются авторами данной книги на основе
эмпирических исследований, проведенных в разных регионах России.

Книга представляет интерес для социологов, антропологов, специали-
стов в области гендерных исследований, исследований здоровья и частной
жизни, а также для всех тех, кто побывал в роли пациента.

УДК 316.64
ББК 6.0.5.4.1

*Издание осуществлено при поддержке корпорации
Novartis International AG и Фонда Форда*

© Авторы, 2011
© Европейский университет
в Санкт-Петербурге, 2011

ISBN 978-5-94380-124-2

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Елена Здравомыслова, Анна Темкина</i> Введение. Гендер, здоровье, медицина и интимная жизнь	6
ЗДОРОВЬЕ И РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА: КУЛЬТУРА ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ	22
<i>Елена Здравомыслова, Анна Темкина</i> Доверительное сотрудничество во взаимодействии врача и пациентки: взгляд акушера-гинеколога	23
<i>Екатерина Бороздина</i> Медицинская помощь беременным: в поисках заботы	54
<i>Дарья Красильникова</i> На приеме у гинеколога: «техническая» и «персонализированная» модели исполнения роли врача. Эссе	84
<i>Мария Герасимова</i> Статус пациентки и гендер врача в медицинском взаимодействии	102
<i>Ольга Исупова</i> Конструирование «силы» из «бессилия»: анализ интернет-сообщества пациенток клиник репродуктивного здоровья	129
СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ГЕНДЕР: ДИСКУРСЫ И ПРАКТИКИ	154
<i>Анна Роткирх, Анна Темкина</i> Сексологи о здоровье, удовольствии и гендере	155
<i>Александрина Ваньке</i> Мужская сексуальность в дискурсе журнала Men's Health	178
<i>Анна Темкина</i> Контрацептивные практики российских женщин: (без)опасность и медиализация	210
ИНТИМНАЯ ЖИЗНЬ МОЛОДЕЖИ: СЕКС, ЛЮБОВЬ, МАТЕРИНСТВО	240
<i>Екатерина Бороздина</i> Грамматика любви: описание чувств в сексуальных биографиях	241
<i>Ольга Максимова</i> Сексуальные и репродуктивные практики мусульманок Казани: дозволенное и недозволенное	260
<i>Надя Нартова</i> Маленькие мамы: стратегии субъективации материнства	300
Сведения об авторах	323

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, мобилизовать 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).¹ 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,

¹ 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: исполнительской, 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 полотицизированным 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 неотреганизации 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 аборт 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.

ЗДОРОВЬЕ И РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА: КУЛЬТУРА ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ

Елена Здравомыслова, Анна Темкина Доверительное сотрудничество во взаимодействии врача и пациентки: взгляд акушера-гинеколога

Что может быть хуже визита к гинекологу?! Ну, разве только сам гинеколог. Лично я их боюсь до скрежета зубовного... Давайте взглянем на нас, женщин в кабинете гинеколога, **со стороны**. Нередко в ареале обитания гинекологов встречается так называемая **трепетная лань**. Она холодеет от страха задолго до самого визита... Следующим типичным представителем клиенток... являются **всезнайки**... При общении со всезнайкой ему (гинекологу) придется собрать не только силу воли, но и этику с деонтологией в стальной кулак... **Разбитная баба** — следующий типичный обитатель... Пришла за направлением на пятнадцатый аборт...

А что касается докторов акушеров-гинекологов — они бывают **профессионалы** и все остальные.

Т. Соломатина. Неприятный визит. Акушер-Ха!

Популярная писательница Т. Соломатина, в прошлом акушер-гинеколог, иронически приоткрывает завесу сакрального пространства палаты роддома и кабинета врача в женской консультации. Она рассказывает о том, что, как правило, стыдливо умалчивает публичный дискурс, что редко попадает в фокус социальных исследований. Ее дискурс скептический (вплоть до циничного), иронический и романтизированный одновременно. В социологических интервью, которые мы проводили с акушерами-гинекологами, доминирует профессиональный медицинский дискурс, предполагающий этику уважения к пациентам. Однако и в том, и в другом случае гинекологи говорят о сложных ситуациях, в которых им приходится работать, преодолевая сопротивление «среды» и отвечая требованиям пациентов. В этой статье мы анализируем экспертный взгляд акушера-гинеколога на проблемы медицинского взаимодействия.

Социальные исследования медицины утверждают, что доверительное сотрудничество врача и пациента является важнейшим условием обеспечения здоровья последнего. Одновременно при-

знается, что в авторитет профессионалов в современных обществах проблематизирован, доверительное отношение к медикам не возникает автоматически, а создается (или не создается) на институциональном и межличностном уровнях. Нас интересует, как формируется доверие в сфере репродуктивного здоровья в современном российском обществе с учетом особой сензитивности данной области к женскому интимному опыту. В предыдущих исследованиях мы обращались к миру пациенток. Как и работы других исследователей, наши данные показывают, что молодые образованные пациентки систематически проблематизируют взаимоотношения с врачами.¹ Озвучивая в своих рассказах жалобы и гневные претензии, они демонстрируют *кризис доверия* к медицинским учреждениям и врачам (Здравомыслова, Темкина 2009).²

Однако, обсуждая отношение пациентов к медицине, исследователи не всегда обращают внимание на то, что доверие — это реципрокное отношение. Эффективное медицинское взаимодействие

¹ Сходные результаты получены и другими исследователями; см., например: Brown, Rusinova 2003, 2010; Rivkin Fish 2005; Римашевская 2007; Григорьева, Чубарова 2001 и пр.

² В государственных медицинских учреждениях пациентов не устраивает дискомфортная бюрократизированная среда, нехватка профессионализма и недостаток заботы. В коммерческом секторе здравоохранения они подозревают, что им предоставляют гипердиагностику и избыточные предписания, обусловленные материальным интересом медиков. «Новые пациентки» вырабатывают различные стратегии совладания с кризисом доверия. Стратегия избегания контакта с медицинскими учреждениями — универсальный механизм минимизации рисков институционального взаимодействия (см. также: Шилова 2007 а, б; Аронсон 2006). Однако такая стратегия не всегда возможна в современном обществе, где репродуктивный опыт медикализирован. Взаимодействие с институтами акушерства и гинекологии предписано женщинам и поддерживается социальной политикой государства. Обращение к медикам включает мобилизацию экономических, социальных и информационных ресурсов, которыми располагают пациентки. Предусмотрительные пациентки проводят мониторинг репутации учреждений и специалистов, оценивают предыдущий опыт контактов с медициной (свой и окружающих) и его результаты; привлекают посредников, являющихся инсайдерами медицинского поля (см. также: Браун, Русинова 1993б; Brown, Rusinova 2003, 2010). Последовательно идущие к своим репродуктивным целям, женщины обращаются к разным врачам для сопоставления диагнозов и предписаний, проверяют медицинскую информацию через Интернет, сами себе назначают анализы и лечение, комбинируют платные и бесплатные услуги, выстраивают персонифицированные отношения с медицинскими работниками и пр.

предполагает сотрудничество двух субъектов. Не только пациент должен быть уверен в том, что медик сделает все возможное для обеспечения его здоровья, но и врач должен рассчитывать на сотрудничество получателя медицинских услуг, на то, что последний будет вести себя соответственно роли больного/пациента, то есть будет следовать назначениям врача и стремиться сообща с ним решать проблему собственного здоровья.

Тем не менее в реальных условиях врач не всегда может доверять больному. В данной статье мы анализируем взгляд современного акушера-гинеколога на доверие и проблемы взаимоотношений с клиентками учреждений репродуктивного здравоохранения. Наша задача — определить перспективу медиков в условиях проблематизированного сотрудничества, отказа пациента от пассивной роли, повышения его требовательности и информированности. Сегодня гинекологи не только сталкиваются с новыми, требовательными пациентками, но и адаптируются к новым правилам организации российского здравоохранения, которые отличаются от советских. Фрагментация, стратификация, бюрократизация и коммерциализация системы здравоохранения приобретают специфику в репродуктивной медицине. Мы исходим также из того, что медицинское взаимодействие в сфере гинекологии и родовспоможения обладает особенностями, связанными с символикой гендерного порядка. Этот контекст мы учитываем при интерпретации данных эмпирического исследования.

В первой части статьи анализируются особенности медицинского взаимодействия в сфере акушерства и гинекологии, определяющие контекст исследования. Затем мы рассматриваем самопозиционирование практикующих акушеров-гинекологов в системе здравоохранения. В третьей части анализируются представления акушеров-гинекологов о типах пациенток и видах медицинских взаимодействий. Обсуждение базируется на наших собственных данных и анализе вторичных источников. Эмпирические данные исследования³ составляют 14 фокусированных интервью с акушерами-гинекологами женских консультаций, посвященных их профессиональному опыту (4 интервью в Архангельске, 6 — в Казани, 4 — в Самаре), а также дневники включенного наблюдения на приеме в женской консультации (24 апреля 2009 — 23 июля 2009, Самара).

³ В статье используются данные проекта гендерной программы ЕУСПб «Гендерное устройство частной жизни в российских регионах», поддержанного Фондом Форда (руководители Е. Здравомыслова, А. Темкина).

Теоретический и структурный контексты исследования

Мы исходим из трех теоретических оснований, сформулированных в ходе предшествующих исследований. Во-первых, медицинские взаимодействия многообразны и контекстуальны; их нельзя сводить к универсальной схеме, описывающей соотношение ролей врача и больного. Во-вторых, в современном обществе, несмотря на усиливающуюся медиализацию опыта, сотрудничество между врачом и пациентом проблематизировано. По словам Д. Меканика, врач взаимодействует со «скептическими потребителями» медицинских услуг, которые не только проблематизируют лечение, но и тщательно изучают счета за оказанные медицинские услуги. Пациент такого типа склонен не только сотрудничать ради излечения, но и проявлять подозрительность в отношении компетентности медика, эффективности и экономической целесообразности его предписаний (Mechanic 1996: 172–173). Доверие более не мыслится как безусловная вера в непреложный авторитет медицинского знания. Для достижения цели лечения его необходимо постоянно добиваться и подтверждать.

В-третьих, в российском контексте мировые тренды проблематизации доверия усугубляются структурными реформами, которые еще не завершены (Шишкин 2008; Ярская 2011). Изучая медицинские взаимодействия в области репродуктивного здравоохранения, мы исследуем структуры *in statu nascendi*. Реформы, как известно, вызывают кризис институционального доверия (Sztompka 1999) и являются контекстом формирования новых стратегий, отвечающих вызовам. В настоящее время сохраняются элементы системы здравоохранения, называемой исследователями по имени советского министра здравоохранения Семашко.⁴ Однако структурные реформы

⁴ Система Семашко — советская патерналистская система здравоохранения, которая предполагала политическую подконтрольность государственной медицины, участковый принцип поликлинического обслуживания населения, основанный на регистрации по месту проживания (паспортный режим), и определенный тип пациента — объекта государственного медицинского патернализма. Статус больного легитимизируется бюрократическими механизмами. В этой системе пациент — учетная единица государственного здравоохранения, на него устремлен медицинский надзирающий взгляд. Доверие к врачу вменяется пациенту. Такой авторитарно-патерналистский тип медицинского взаимодействия предполагает минимум выбора и либерального доверия. Система Семашко предполагает и свой вариант профессионализма врача. Такой врач — заложник и проводник медицинской бюрократии, в чем-то схожей с военной организацией: имеет место

существенно подорвали ее монополию. Создаются новые условия оказания медицинской помощи, возникают альтернативы для врачей и пациентов, но при этом дают о себе знать риски неотлаженных коммерческих механизмов в медицине. Ностальгический поворот в отношении советского прошлого делает привлекательными некоторые черты системы всеобщей диспансеризации населения (как идеальной политической модели социалистического здравоохранения с полным охватом населения медобслуживанием, способствующим блокированию эпидемий и контролю над заболеваемостью).

Либеральные реформы российского здравоохранения привели к ослаблению государственного контроля медицины, коммерциализации услуг и развитию страховой медицины. Запущенная в 2000-х годах государственная программа «Здоровье» способствовала улучшению условий обслуживания по обязательному медицинскому страхованию (ОМС) (см.: Ярская 2011). В этом институциональном контексте пациент становится потребителем доверительных услуг. На его действия распространяется логика сервисной экономики, хотя правила потребительского поведения в сфере здравоохранения еще не сформированы. Пациент узнает о своих правах, о возможностях выбрать врача, возникают эффекты пациентской солидарности. При деполитизации обслуживания пациенту легко избежать учета и контроля со стороны медицинской бюрократии, применить альтернативные способы лечения. При этом он остается новичком в деле заботы о своем здоровье, а сомнения взыскательного потребителя уже пронизывают его представления о медицинских услугах. Доверительное сотрудничество происходит в общении с врачами и подкрепляется репутацией медиков и учреждений.⁵

жесткость внутрисистемной иерархии, политизация профессии, ограничения медицинской автономии. Врач (особенно в сфере репродуктивной медицины и педиатрии) является объектом и субъектом политического контроля. Это особенно явно выражается в медицинской идеологии, например, по вопросу абортов. Будучи агентом государственного влияния, врач контролирует социальную ситуацию больного (см.: Механик 2011).

⁵ Эмпирические исследования подтверждают изменения в установках и практиках российских пациентов: «Теперь пациент получил возможность выбирать врача, а это значит: оценивать его компетентность, профессионализм и способность к доверительным отношениям (см.: Шилова 2007а). В условиях либерализованной медицины доверительные отношения мыслятся как основанные на переговорах и партнерстве медика и пациента. «Пациенты сегодня проявляют готовность к таким (эгалитарным) отношениям, а врачи — в меньшей степени», что связано в первую очередь с платностью услуг и страховой медициной (Шилова 2007а).

В данной статье мы рассматриваем, как врач позиционирует себя в профессиональном мире и в отношениях с пациентом. Мы фокусируем внимание на репродуктивной медицине как контексте, особенности которого признаются действующими лицами и сказываются на их взаимодействии.

Гендерная сензитивность репродуктивной медицины

Вслед за Э. Фрейдсоном мы считаем, что доверительное сотрудничество в медицинском взаимодействии нужно изучать контекстуально (Freidson 1970). Согласно феминистскому подходу, сфера сексуального и репродуктивного здоровья обладает своей спецификой, связанной с символическим измерением гендерного порядка. Так называемые женские болезни — поле гинекологии и сексуально-репродуктивная сфера женского опыта — наделены смыслами, связанными с пониманием мужественности и женственности в той или иной культуре. С одной стороны, гинекология вторгается в сферу интимного опыта, наделенного специфическими культурными кодами, отсылающими к значению женской репродукции, к представлению о телесном «ниже», к культурным сценариям сексуальности, принятым в нашем обществе. С другой стороны, репродуктивная медицина находится под давлением политического и нравственного дискурса.

Прежде всего, мы исходим из того, что гинекология и акушерство гораздо **более политизированы**, чем многие другие отрасли медицины и здравоохранения. Наиболее ярко эта черта проявляется в отношении абортов — объекта законодательного ограничения, которое должен соблюдать врач. Государство требует от гинекологов реализации его политической воли, ориентированной на прирост населения. Поясним этот тезис данными нашего исследования.

Гинеколог с многолетним стажем рассказывает о том, как под влиянием ужесточившейся репродуктивной политики меняется поведение врача. Гинеколог осознает, что он является проводником государственной политики.

Она [женщина. — Е. З., А. Т.] могла прийти раньше и сказать: я хочу сделать аборт или прервать беременность раньше 22 недель, потому что у меня муж в тюрьме, я не могу воспитать [ребенка]. Мы делали. А потом ... стали делать только по медицинским показаниям вплоть

до 22 недель... Женщина приходит, а у нее 20 недель. А что, врач из-за вас должен садиться [в тюрьму]? (В. Г., 70 лет).

Во-вторых, мы утверждаем, что акушерство и гинекология, будучи экспертными властными институтами, участвуют в **конструировании женской идентичности и гендерного порядка**. Специалисты этой отрасли медицины рассматривают женское тело как механизм осуществления репродуктивной функции. Здоровье и гендерная идентичность оказываются взаимосвязанными, поскольку важнейшая цель гинекологии — обеспечить правильную беременность и здоровое материнство. Гинекология сопровождает и контролирует репродуктивные практики современной женщины, подталкивая ее к определенным действиям, ориентируясь на ценности здорового материнства. Медицина политически призвана удовлетворить приписываемое женщине желание родить ребенка. Таким образом, доверие к гинекологу — врачу, который становится соучастником экзистенциально важных решений женщины, видится иначе, чем проблема доверия, например, к стоматологу.

Репродуктивная медицина форматирует женский мир как мир женской телесности, связанной с репродуктивными органами. Экспертное знание поддерживает гендерные границы, контролирует вторжение «посторонних» и «свидетелей». В связи с феминизацией акушерства и гинекологии в России вплоть до настоящего времени пациентки придают значение полу врача и не всегда готовы идти на прием к гинекологу-мужчине (см. статью Марии Герасимовой в данном сборнике).

В-третьих, репродуктивная медицина *является морально ангажированной* несмотря на установки профессиональной нейтральности. Акушеры-гинекологи в большей степени, чем врачи других специальностей, выступают «моральными антрепренерами», им сложнее (если вообще возможно) поддерживать профессиональный аффективный нейтралитет. Больные сами ожидают от них моральных суждений.

Хотя врачи следуют законодательству об абортах, в непосредственном медицинском взаимодействии они ведут себя по-разному, ориентируясь на собственные ценности. Многие врачи говорят о том, что настойчиво отговаривают женщин делать аборт и предупреждают о рисках для здоровья. *«Как правило, я женщин, особенно молодых, первородящих, всегда уговаривал, чтобы они рожали: “Мы не знаем, сможете ли Вы забеременеть в следующий раз или не сможете”»* (В. Г., 70 лет). Встречаются гинекологи, которые по

моральным соображениям отказываются производить операции по прерыванию беременности: *«Мое личное отношение негативное... с моральной, и с этической, и с медицинской точки зрения»* (М. Н., 36 лет). Однако другие уверенно утверждают, что вмешательство в частную жизнь женщины недопустимо, а репродуктивное решение является личным выбором женщины: *«Гражданка имеет право вынашивать беременность, имеет право прерывать беременность! Решать это не нам! Но говорить о вредности и о последствиях мы сейчас юридически не имеем права!.. Это вмешивание в личную жизнь пациенток. Слово остается за пациенткой»* (Е. З., 52 года). Таким образом, мы убеждаемся в том, что в своей профессиональной деятельности гинеколог имеет возможность транслировать собственные установки в отношении репродуктивного выбора женщины.

Кроме того, врачи выступают авторами экспертных суждений в области здоровья населения в целом. Само здоровье, как характеристика качества жизни, морализуется. Ценность репродуктивного здоровья становится критерием оценки личности, основанием стигматизации практик, названных девиантными: ранних и множественных сексуальных связей, аборт, ранних беременностей, курения, употребления алкоголя как опасных для здоровья. Такие оценки совпадают с моральными и политическими предостережениями, хотя аргумент связан только с опасностями для здоровья.

Сексуальная и гендерная революции привели к либерализации сексуальной жизни, что изменило отношение пациентов к болезням телесного «низа». Однако репрессивные политики, гендерный двойной стандарт и морализаторство в отношении сексуальной жизни еще не изжиты и даже, напротив, получают новые стимулы в современном контексте. В случае болезней, являющихся предметом моральных суждений (ЗППП, ВИЧ, СПИД), пациенты опасаются приписывания вины, которая может быть (как они думают) озвучена врачом (Lupton 1994: 29–31). Организация медицинских учреждений в России способствует стигматизации и дискриминации уязвимых пациенток. Так, например, врачи отмечают, что *«рожают они [ВИЧ-инфицированные] в особых условиях, в нашем боксе в отделении, на первом этаже там бокс. А так, чисто только смотрим за ней, мы, может, больше внимания уделяем обследованию»* (Д. Е., 50 лет).

В-четвертых, гинекология вторгается в *наиболее интимную область женского телесного опыта*. Проблемы репродуктивного здоровья связаны с особенностями сексуальной жизни, с отношениями,

в которых женщины часто чувствуют себя уязвимыми и о которых затрудняются рассказывать. Медицинские осмотры и манипуляции с половыми органами — это процедуры, которые воспринимаются пациентками как неприятные, инвазивные и пугающие. Мануальная интервенция вовнутрь видимого телесного целого (ручное обследование органов), проникновение медицинских инструментов во влагалище — в тот сегмент тела, который обычно эксклюзивно доступен для сексуального партнера, — приводят к тому, что ситуация гинекологического осмотра воспринимается как чрезвычайная и травмирующая. Медицинские инструменты (зеркало, расширитель), которые использует гинеколог для осмотров и сбора анализов, воспринимаются как орудия вивисекции. Столь же угрожающей выглядит фигура врача, вооруженного этими инструментами, конкретные названия и функции которых женщины знают далеко не всегда. Подобие паники, особенно при первых осмотрах, вызывает у женщин другой предмет медицинского оборудования — гинекологическое кресло. Этот медицинский стул, предназначенный для осмотра половых органов женщины, располагает ее в позиции, которую она занимает в миссионерской позе сексуального акта. При осмотре женщина сгибает ноги в коленях, во влагалище погружаются руки врача в перчатках и металлические приборы, позволяющие делать осмотр и брать мазки. Словом, процедура гинекологического осмотра чрезвычайно сензитивна.

От «всемогущего» врача, который совершает профессиональные манипуляции с лежащим перед ним раскрытым телом женщины, ожидается признание и особое умение совладать с этой чувствительной ситуацией. И действительно, гинеколог максимально десексуализирует обследование поло-репродуктивной системы пациентки.⁶ Врач дает женщине ясные, однозначные инструкции, как подготовиться к осмотру: *«разденьтесь за ширмой»*, *«возьмите подкладную (салфетку, простыню)»*, *«сядьте в кресло»*, *«поставьте ноги на поручни»*, *«раздвиньте ноги»*, *«расслабьтесь»*, *«ничего страшного, сейчас я введу зеркало для осмотра, беру мазки, будет неприятно, но не больно...»*. Такие инструкции призваны управлять действиями пациентки, они призывают к сотрудничеству, которое требует усилий. В ходе гинекологического обследования происходит объективация женского тела. Превратить свое тело в объект должна сама женщина, приложив физические и аффективные усилия, под

⁶ Этому эффекту способствует и феминизация данной профессии в нашем обществе.

руководством врача. Руководящие указания, повторяемые доктором ритуально, — это своего рода заклинания для того, чтобы превратить женщину в пациентку гинеколога. Следование им в процессе осмотра — залог сотрудничества между врачом и пациенткой во имя здоровья. Кроме того, диагностика в репродуктивной медицине требует проведения интервью о сексуальной жизни пациентки, о которой многим говорить трудно, а также выяснения ее репродуктивных планов, которые не всегда легко сформулировать.

В-пятых, отметим *экзистенциальное переживание репродуктивного опыта* и особенно опыта деторождения, сказывающееся во взаимодействии с врачом-гинекологом. Смысловые коннотации репродуктивной сферы определяют особые требования к гинекологическому взаимодействию, наделяя врачей особой символической властью. В процессе лечения у гинеколога, наблюдения во время беременности и родов женщины стремятся к обеспечению не только своего здоровья, но и здоровья будущего ребенка. Они надеются на признание врачами экзистенциального опыта деторождения. Врачи-гинекологи также подчеркивают свою особую ответственность за беременных пациенток: «А акушер-гинеколог отвечает за две жизни: за жизнь матери и ребенка» (Е. З., 52 года).⁷ Екатерина Бороздина пишет: «Для того чтобы поделиться со специалистом самыми сокровенными переживаниями и, более того, допустить его/ее вмешательство в подобные опыты, женщина должна доверять врачу не только как носителю универсального знания (представителю определенной институциональной позиции), но и как конкретному человеку. Значимым в этом смысле оказывается установление эмоционального, персонализированного контакта с врачом, возможность выбрать “своего” доктора» (см. статью в данном сборнике).

Итак, сензитивность медицинского взаимодействия в сфере акушерства и гинекологии предъявляет особые требования к доверительному сотрудничеству врача и пациентки. Доверие не является априорным. Оно оказывается производным от стиля и репутации конкретного акушера-гинеколога, учреждения, в котором он работает. Оно зависит от политического вмешательства в медицину, транслируемых ценностей и морали, гендерной идеологии, культурных сценариев сексуальности, переживания интимного репродуктивного и сексуального опыта.

⁷ В этнографических дневниках социологи показывают, как болезненно воспринимаются «неосторожные» слова врача, которые вызывают приступы слез у беременной женщины (Сенина 2009: 327; Дрига 209: 289).

Конструирование профессиональной позиции акушера-гинеколога: барьеры и возможности сотрудничества с пациентками

Анализируя рассказы гинекологов о своем профессиональном опыте, мы выделяем смысловые рамки, в которых они описывают медицинские взаимодействия с пациентками. Мы выявили, что практикующие врачи описывают свою профессиональную позицию как достаточно уязвимую. Медицинские взаимодействия происходят в контексте бюрократического формата репродуктивного здравоохранения. Как показывают наши данные, врачи критически относятся к системе здравоохранения, осознают несовершенство организации медицинских учреждений, систематическую нехватку ресурсов как препятствия для эффективного взаимодействия с пациентками. Они позиционируют себя в системе множественного давления и контроля со стороны администраций разного уровня, страховых компаний, самих пациентов. Проанализируем подробнее механизмы такого профессионального позиционирования, поскольку они составляют смысловой контекст взаимодействия с пациентками.

Критика системы: гинеколог — «заложник» российского здравоохранения

Описывая свой профессиональный опыт, врачи тематизируют результаты институциональных преобразований репродуктивного здравоохранения. В рассказах о работе гинекологов прослеживаются несколько лейтмотивов критики системы.

Первый из них — *критика неравенства между медицинской администрацией и практикующими специалистами*. Администрация медучреждений рассматривается как привилегированное сословие — своеобразный класс менеджеров от медицины, который узурпирует выгоды от реформы репродуктивного здравоохранения, часто за счет материального и профессионального благополучия рядового врача.

По мнению наших информантов, административная эксплуатация практикующих врачей проявляется в нескольких формах. Во-первых, гинекологи отмечают экономическое неравенство между администраторами и практикующими врачами, подозревая руководство медицинских учреждений в незаслуженном начислении себе

сверхвысоких зарплат. *«Себе они любимым, главврачи, могут платить по самому верху...»* (В. Г., 70 лет).

Во-вторых, наши информанты озвучивают *критическое отношение к избыточной бюрократизации* медицинского обслуживания, организованного так, что основная нагрузка бумажной работы приходится на практикующих докторов: *«Нашим ведущим специалистам... [запнулась] им важна документация. Им важны проверки. А мнение женщины, какой врач лучше, какой хуже, где, чего, куда, их абсолютно это не волнует»* (Н. А., 49 лет).

В то время как администрация улучшает свое экономическое положение, доктора изнемогают от бюрократической рутины, которую они воспринимают как избыточную работу и мелочный контроль, отвлекающие от главного — лечения пациентов. Врачи имеют представление о том, как можно сократить бюрократические издержки своей деятельности, перераспределив ее так, чтобы можно было больше времени посвятить пациентам. Одной из стратегий является делегирование бюрократических функций среднему медперсоналу, то есть медицинским сестрам и акушеркам. Однако в настоящее время в женских консультациях наблюдается нехватка медсестер и происходит перераспределение их рабочей нагрузки, когда одна медсестра обслуживает двух-трех врачей и работает на полторы или две ставки. При дефиците среднего медперсонала его функции неизбежно вменяются врачам. Вторая, более современная стратегия сокращения бюрократических издержек — компьютеризация отчетной бумажной работы, призванной контролировать качество медицинского обслуживания. Однако далеко не во всех женских консультациях проведена компьютеризация, что связано с недостатком финансирования или другими приоритетами распределения бюджетных выплат.

Избыточная бюрократическая нагрузка распространяется не только на практикующих врачей, но и на администраторов медучреждений, что, как отмечают врачи, негативно сказывается на пациентах. Заведующий отделением рассказывает:

А сейчас мне говорят: еще мало того, что квартальные отчеты, еще и полугодовой отчет будьте добры составить, то есть, вместо того чтобы, там, идти к женщинам в патологию, гинекологию, отделение дневного стационара, в школу к школьникам, к студентам, мы сидим и занимаемся вот этим бумаготворчеством — считаем ежемесячно за квартал, потом за полугодие, потом опять за полугодие, потом за год. Это столько времени уходит (В. Г., 70 лет).

В-третьих, *объектом критики в глазах экспертов является страховая медицина*. Представители медицинских страховых компаний воспринимаются рядовыми врачами как представители высшего сословия медицинской профессии, обладающие властью над рядовым врачом и учреждением. Если администрация — это менеджеры здравоохранения, то страховые компании предстают как медицинские предприниматели, которые стремятся обогатиться за счет практикующих докторов. Врачи считают, что страховые компании руководствуются коммерческим интересом: они стремятся извлечь максимальную прибыль, в то время как реальное состояние больного и качество работы медицинских учреждений их не интересуют. Страховые компании способствуют снижению престижа профессии, их проверки — контроль врача и клиники в целом — способы обогащения, а не залог эффективного здравоохранения.

Для страховой компании важен отчет... Не результаты: сколько родов, сколько нормальных, сколько, там, мертворождения, сколько проблем, каких. Их это... не интересует. Им важно, чтобы в карточке был записан осмотр и больше ни-че-го. А если у человека большой прием, учитывая 12 минут на приеме, 30 человек пришло, если она не успела дописать карточки? <...> А страховые компании поставили больницы на колени! [Пауза.] То есть они закупили, там, допустим, десять комплектов лечения лекарств, а остальное... как хотите, так и выплывайте. Но им же мерседесы нужны! (Н. А., 49 лет)

В-четвертых, врачи критикуют *нормативы профессиональной нагрузки и оплаты труда*. На прием одной пациентки в женской консультации приходится 12–15 минут. Такой дефицит времени также сказывается на качестве медицинской помощи. В целом тема нехватки времени на качественное медицинское обслуживание является центральной в критике организации системы здравоохранения: *«Времени на это не хватает, поэтому, к сожалению, порой некогда глаза поднять на пациентку, в глаза ей посмотреть, написать ей какие-то препараты, поговорить про жизнь»* (Н. А., 49 лет).

Гинекологи считают недостаточными оценку и оплату своего труда, отмечают нехватку специалистов: *«Отрицательных моментов много... Зарплата у доктора. Пять с половиной тысяч рублей у доктора, который весь месяц принимает людей»* (Н. А., 49 лет).

В-пятых, врачи осознают, что они работают *в условиях социального неравенства* при обеспечении доступа к медицинскому

обслуживанию. По их мнению, расслоение пациентов нарушает основы профессиональной этики, согласно которой врачи должны одинаково относиться к пациентам независимо от их социального положения. Современная организация репродуктивной медицины приводит к тому, что обеспеченные пациенты получают гораздо лучшее обслуживание, чем бедные, несмотря на то что их зачастую обслуживают одни и те же профессионалы. Это происходит потому, что такие пациенты оплачивают время общения с медиком и комфорт обслуживания, использование дорогостоящей диагностической аппаратуры, лекарства. Таких расходов не может себе позволить значительное количество клиентов медицинских учреждений.

Женщина, например, приходит и начинает требовать: вот мне УЗИ подайте, и все. У нас УЗИ нет, очереди где-то на полтора месяца УЗИ, а ей подайте, и все. Ей говорят: вот идите к врачу своему запишитесь, или тоже платно, пожалуйста, мы вам даем талончик, идите на «платно». Вот, видите, такое разделение (В. Г., 70 лет).

Врачи отмечают неравенство, когда речь идет о доступе к препаратам:

Информант: Социальный статус очень влияет. Ну и более высокий статус дает больше доступности к информации о своем здоровье, о методах лечения...

Интервьюер: А выполнение ваших предписаний и статусность? Влияет это?

Информант: Да, конечно, влияет! Чем больше статус, тем больше доступность к лекарственным [препаратам] (Е. З., 52 года).

Врачи отмечают, что профессия акушера-гинеколога, несмотря на свою экзистенциальную значимость, становится все менее привлекательной: «Я скажу, у нас вот такое пренебрежение к рабочему люду, к простым врачам... стало передаваться от высокого начальства на места... И уже врачей не считают за...» (В. Г., 70 лет).

Наши информанты описывают свой опыт совладания с негативными последствиями профессиональной эксплуатации. Одной из таких стратегий является повышение нагрузок, вторичная занятость, другой — смена профессии. Врачи покидают рабочие места, не выдерживая интенсивности работы, и это ухудшает положение

пациентов. Еще одна радикальная стратегия — открытые коллективные действия солидарных медиков.

Однако, описывая свою профессиональную жизнь, гинекологи не только видят ее негативные стороны, но и признают улучшение медицинского обслуживания, связанное с реализацией национального проекта «Здоровье» и введением системы родовых сертификатов (см. также: Ярская 2011: 125–126; Бороздина 2010). По их словам, эти меры позволили снабдить женские консультации и роддома необходимыми средствами и современным оборудованием, а также доплачивать практикующим врачам некоторые, хотя и не очень большие, но при низких зарплатах ощутимые, суммы.

У нас есть сертификаты по национальному проекту, но сертификаты... из сертификатов там, положим, 30 или 20 процентов — на медицинское оборудование, положим, да. 50 процентов идет на оплату труда. Поэтому если они ведут беременную и всё прочее, то доплачивают (Г. Д., 46 лет).

Сопоставляя уровень обеспечения медицинских учреждений сегодня с тем, каким он был в 1990-х годах, они отмечают явное улучшение условий медобслуживания.

Если раньше беременной нужно тащить с собой сумки-баулы с капельницами, растворами... Сейчас всё есть в родильном доме основное, даже если какое-то экстренное очень дорогостоящее лекарство, да и то можно достать по заказу, привезут, если требуется пациентке, это всё, а так полностью обеспечение идет, препараты в том числе без проблем, оборудование, это вот все: топографы, дозаторы... Но в результате сертификатов немного денег освободилось. Видите, у нас в результате новая мебель, ремонт за счет еще платных услуг, деньги идут на оборудование (Д. Е., 50 лет).

В целом практикующие гинекологи подчеркивают свою несамостоятельность, уязвимость, институциональные ограничения для осуществления главной профессиональной цели — эффективного медицинского обслуживания. Есть много препятствий для того, «чтобы было беременным женщинам комфортно, и мы могли бы хорошо организовать свою работу» (В. Г., 70 лет). Доверительное отношение в медицинском взаимодействии, таким образом, осложняется тем, что врач в собственных глазах и в глазах пациентки является заложником (представителем) системы здравоохранения, далекой от совершенства.

Гинекологи и их пациентки: доверие — основа сотрудничества

Если первое измерение профессионального самопозиционирования — рефлексия по поводу места практикующего врача в системе здравоохранения, то вторая смысловая ось профессионального мира — взаимодействия с пациентками. Врачи постоянно говорят о том, что их *пациентки изменились*. Приведем фрагмент из интервью, показывающий осознание собственной уязвимости, вызванной изменениями позиции пациента во взаимоотношениях с врачом.

Интервьюер: *Что является наиболее сложным в вашей работе сейчас?*

Информант: *Сложно. Сложно, потому что расширили очень права пациента и гарантии, ущемили врача.*

Интервьюер: *В чем именно?*

Информант: *Что доступность для пациента, она... Вседоступность. Вседоступность для пациента, а врач очень ограничен в своих правах... прав у пациента значительно больше, врач абсолютно не защищен (Е. З., 52 года).*

Гинекологи осознают, что для современных пациенток характерен рост притязаний и информированности, отчетливо прослеживается тренд их превращения в клиенток сервиса особого рода. Врачи признают: для того чтобы медицинское обслуживание было эффективным, необходимо прежде всего установить *доверительные отношения* с пациентками. Они обозначают последние такими лексемами, как «контакт с пациенткой», «общий язык», «искренние и заинтересованные отношения». Врач и пациентка должны сотрудничать во имя общего дела — благополучного с точки зрения здоровья протекания беременности и успешного деторождения. Говорит гинеколог с большим стажем работы:

Главное, чтобы было взаимопонимание. Только тогда можно получить хорошие результаты. И по лечению, и по контрацепции, потому что в общем-то это общее дело врача и пациента...

Если у врача и у пациента при сборе анамнеза, при первом первичном разговоре создаются доверительные, добрые отношения... пациентка с удовольствием и рассказывает всякие заболевания, и советуется... <...> ...чтобы и доктор умел себя расположить к пациентке, чтобы проявил искреннюю заинтересованность в проблеме, желание помочь. Это личностные качества человека (Н. А., 49 лет).

В каждом случае люди индивидуальны, и если с первых минут нет контакта — такого правда не бывает, — если такой настрой, <...> когда сразу негатив идет, то уже видно... Таких бы не хотелось видеть. Со всеми можно найти диалог, вернее, вести диалог и найти общий язык (Д. Е., 50 лет).

Ну, без взаимопонимания это очень плохо. То есть здесь надо понимать. Надо понимать своего доктора (А. Б., 74 года).

Гинекологи признают особую чувствительность репродуктивной медицины и описывают усилия, которые они прикладывают для формирования доверительного сотрудничества с пациентками. Это особая психологическая и эмоционально-просветительская работа, значимость которой возрастает в современных условиях.

По манипуляциям очень многое приходится объяснять, потому что достаточно болезненное вмешательство и не только в условиях амбулаторного, но и в условиях стационара, т. е. если не разъяснить, чтобы человек понял, чтоб до него дошло, а то отсюда возникают конфликты. Зачем мне это сделали? (Д. Е., 50 лет)

Далеко не все врачи способны справляться с новой ситуацией. Врачам «по призванию» удается выстраивать доверительные отношения, а врачи, руководствующиеся инструментальным подходом к своему труду, пасуют перед такими вызовами:

Есть люди, которые с удовольствием и с радостью занимаются своей профессией, а есть люди, которые как бы ходят повинность исполнять. ...Пациенты это очень хорошо на себе чувствуют... К такому врачу как бы особого желания идти у пациента нет, и он и не пойдет (Н. А., 49 лет).

При взаимодействии с пациентками врачи оказываются в противоречивой ситуации. Они признают наличие кризиса доверия и его объективных причин, связанных как с устройством медицины, так и с разным профессиональным уровнем конкретных врачей, разной степенью заинтересованности, а также с врачебными ошибками. Вместе с тем они выражают убеждение в том, что демедицинизация разрушительна для репродуктивного здоровья женщины. Медики отдают себе отчет в том, что у современной пациентки отсутствуют основания для «авторитарного доверия», построенного на безоговорочном подчинении пациента врачу: *«Нельзя прямо,*

вот, совсем безоговорочно тоже слепо... тоже доверять, то есть надо тоже смотреть, потому что, во-первых, врач — это не Бог, и тоже могут быть какие-то ошибки, то есть, соответственно, надо все продумывать» (К. Л., 33 года). Однако, как продолжает гинеколог, избыточные сомнения приводят к разрушению сотрудничества: *«С другой стороны, полностью сомневаться тоже как бы во враче... Если пациент сомневается во враче, там даже вот... терапия не так помогает»* (К. Л., 33 года).

Иными словами, врачи признают, что в современных условиях доверие нужно зарабатывать и поддерживать особыми способами и это является частью профессиональной работы медика. Доверие как основа сотрудничества формируется не столько в соответствии с разным характером заболевания или проблемы (см.: Friedson 1970), сколько в зависимости от того, с какими пациентками приходится взаимодействовать врачу.

Позиция врача как эксперта предполагает категоризацию пациенток, выстроенную на основании профессионального опыта. Акушеры-гинекологи выделяют типы пациенток, опираясь на несколько критериев. Они учитывают отношение женщин к собственному здоровью, отношение к профессионалу и отношение к медицинским назначениям. При этом каждому типу пациенток соответствует модель доверительного сотрудничества, реализуемая в медицинском взаимодействии. Рассмотрим подробнее эти типы, опираясь на собранные интервью.

Послушная пациентка и авторитарное доверительное сотрудничество

Послушная пациентка беспрекословно подчиняется врачу, не сомневается в его компетенции, не отказывается от обследований и анализов, не оспаривает назначений. Она признает свое невежество в сфере гинекологии. В основе взаимодействия находится безусловное доверие к врачу и признание его авторитета как профессионала.

Нам хочется послушных женщин, то есть, если она к нам пришла, это же не мы к ней пришли, не мы ей навязались. <...> Старшее поколение все равно все-таки к нам так и относится, врач для них это, ну, это врач в самом лучшем смысле этого слова, то есть они и с большим уважением, и с большей послушностью по крайней мере. Вот такое, ну, может показное немножечко, то есть все рекомендации выполнят, старшее поколение этим отличается (О. П., 48 лет).

Авторитарный тип медицинского взаимодействия постепенно уходит в прошлое, но врачи с ностальгией вспоминают о послушных пациентках, которые составляли большинство во времена советской патерналистско-авторитарной системы здравоохранения (системы Семашко).

Раньше как-то к врачу пациенты относились очень доверительно. Вот я вел прием, консультировал тяжелых больных, они могли все сказать. Они не требовали, как вот сейчас начинают требовать, что вы должны, и всё. Они приходили: вот у меня то-то, то-то. Говоришь им, что да, у вас заболевание, нужно лечь, нужно сделать то-то, нужно сделать это, значит, пролечиться. Все воспринимали на веру, да. А сейчас все по-другому (В. Г., 70 лет).

Такие пациентки не претендуют на сокращение дистанции с профессионалом за счет получения медицинской информации: *«Да, разъяснить, раньше этого никто не спрашивал. Доктор сказал надо — и надо»* (Д. Е., 50 лет).

Роды — это особая медицинская ситуация, и хотя мы здесь не делаем на ней фокус, именно в этом контексте врачи ждут подчинения. Приведем только один пример описания опасного непослушания.

Интервьюер: *А вот чего от пациентки ожидаете, как врач? Как она должна вести себя?*

Информант: *Пациентка должна быть послушная, а не так, как одна из первых пациенток, как пациентка в городе Г. Главного врача так толкнула ногой, что он чуть не вылетел через окно на третьем этаже родзала. <...> Больно было, я ее понимаю, но распускаться так нельзя* (В. Г., 70 лет).

Такому традиционному и уходящему в прошлое типу пациентки соответствует доверительное сотрудничество с врачом, основанное на подчинении и дистанции с экспертом; мы называем его авторитарным.

Новые пациентки и доверительное сотрудничество

С точки зрения врачей, сегодня изменились и пациентки, и характер медицинского взаимодействия. Женщины стали более требовательными, более образованными, они больше интересуются

медицинской информацией, ждут от врача разъяснений. А врач является заложником системы, а не просто профессионалом, обладающим высокой степенью автономии, вступающим в профессиональный контакт с пациентом. Обобщая свой профессиональный опыт, гинеколог рассказывает:

Очень много стали интересоваться, очень возрос уровень образованности, информированность, вот общая информированность возникла... Все практически пользуются. «Я тут в Интернете вычитала то-то и то-то», то есть и очень много стало, вот, вопросов задаваться. То есть информированность большая, уровень образованности возник. Если раньше все было так: «А ладно там». То теперь все-таки, как говорится, уровень качества жизни, он вырос... Если, допустим, идет на аборт, потом какие последствия, все как что нужно сделать, чтобы избежать потом. Кому по полочкам все разложить, это я согласен, да (Д. Е., 50 лет).

С точки зрения врача, пациентки стали обращать внимание на разные стороны медицинского обслуживания: стиль общения, степень профессионализма, эффективность лечения. При выборе врача они учитывают множество критериев:

Люди поняли, что ходить некуда, они стали искать хороших врачей. Они друг по другу стали делиться: «А куда ты ходишь? <...> А где тебе нравится?» Где принимают вежливо, где смотрят порядочно, так, как это положено. Назначили человеку лечение — ему помогло. Какое мнение может быть у пациента о таком докторе? Хорошее (Н. А., 49 лет).

Врачи знают, что многие пациентки готовы оплачивать медицинские услуги, если есть доверие к врачу и если они уверены в качестве медицинского обслуживания: «И он лучше пойдет в частную клинику, он лучше заплатит деньги, но пойдет к тому врачу... Если он хочет к нему идти, ему приятно, он думает, что ему можно доверять, он знает, что ему назначат все, как положено... По полной программе» (Н. А., 49 лет).

Признавая общий тренд роста многообразной требовательности новых пациенток к качеству медицинского обслуживания, гинеколог, как эксперт, выделяет несколько типов новых пациенток. Каждому типу соответствует конкретный модус доверительного сотрудничества.

Эгалитарное доверительное сотрудничество с «культурными» пациентками

«Культурная» пациентка дисциплинирована и информирована; она обладает надлежащим уровнем компетенции, ответственно относится к своему здоровью, заботится о нем под постоянным медицинским контролем. Она осуществляет регулярную профилактику половорепродуктивной системы, пользуется современной контрацепцией, планирует беременность, избегает аборт (см. также: Одинцова 2009). Врач уверен, что «культурная» пациентка не занимается самолечением, обращается за медпомощью к профессионалам, выполняет их предписания, хочет выздороветь, то есть соответствует нормативной роли больного в описании Парсонса. В условиях медицинской репродуктивного цикла женщины такая пациентка занимается профилактикой гинекологических заболеваний, следует практикам контрацепции, планирует деторождение. Рассказывая о правильном поведении пациентки, доктор описывает ее действия: «Ну, раз в год, естественно, осмотр, когда жалобы... Не терпеть, не сидеть, пройдет-пройдет, не спрашивать в аптеках препарат от головы там или еще от другого места. Чтоб пришла на прием, спросила и полечилась» (М. Н., 36 лет).

Доктор подчеркивает валеологическую ценностную ориентацию культурной пациентки:

Самое главное, чтобы человек хотел заниматься своим здоровьем... Каждому врачу представляется и желаемый пациент, который хочет быть здоровым... прислушивается к рекомендациям... четко выполняет все рекомендации... все назначения, ходит как бы дисциплинированно на все предложенные осмотры. Конечно, это в идеале, это прекрасно (Н. А., 49 лет).

С такими пациентками устанавливается эгалитарное доверительное сотрудничество, сходное с *взаимным участием* (Freidson 1970: 316–321). Взаимодействие предполагает индивидуальный подход и приложение эмоциональных усилий со стороны врача («отношение с душой»), необходимых для преодоления отчуждения. Выполнение назначений не является безусловным, а обеспечивается в процессе переговоров.

Каждая женщина, скажем так, индивидуальность... Надо найти к ней подход для того, чтобы она, ну, если не совсем подругу, ну, по крайней мере как старшую сестру тебя воспринимала, а не так, что

мало ли что этот доктор там мне наговорил. Вот в этом случае все будет нормально, если она выполнять будет наши рекомендации, и ты будешь к ней не только с профессиональной... <...> но и с душой относиться. Когда с душой, это же всегда лучше, всегда результаты... <...> Когда я сидела на участке... практически вторая мама была, особенно для беременных, когда они эти девять месяцев ходили... (О. П., 48 лет).

Осознание врачами значения доверия для достижения положительного результата лечения влияет на стиль взаимодействия. Модус взаимодействия врача и пациентки обретает новые эгалитарные качества, при котором становится важна самодисциплина и ответственность пациенток.

Взаимодействие с требовательными клиентками: вызов авторитету врача

Врачи выделяют особый тип пациенток, которые осознают себя прежде всего как клиентки, получающие особые сервисные услуги. Т. Соломатина называет их всезнайками. Они действуют в соответствии с логикой потребителей на рынке медицинских услуг и соответствующими притязаниями. Часто, по мнению медиков, они поражены вирусом подозрительности и исходят из презумпции недоверия к врачам. Зачастую такие пациентки контролируют свое здоровье у нескольких специалистов, что ставит врача в трудную ситуацию: *«Есть пациенты такой категории, которые ходят по многим врачам сразу, не слушаются ни одного, и получается в итоге непонятно что, потом не знаешь уже, как ей помочь» (К. Л., 33 года).*

Они имеют собственное представление о том, какие назначения они хотели бы получить, и требуют их у врача, который не соглашается с вмешательством в сферу своей компетенции:

Ну до того [пациентка] привередлива была, значит, врачи в гинекологии уже устали от нее. Она пришла, я, значит, посмотрел, что там назначено, она говорит: «Мне надо это»... «Это вы уж там как преподаватель говорите своим студентам, а уж как-нибудь в медицине, в акушерстве, тут я знаю, что назначить». Она обиделась, сказала мужу, что не хочет то, что я хочу (В. Г., 70 лет).

Требовательные и привередливые пациентки постоянно перепроверяют врачей, активно используя Интернет, а в случае

недовольства обслуживанием предъявляют жалобы и претензии. Врач комментирует столкновение компетенций:

В Интернете все так, как я ей сказала, она все это перепроверила, мне было неприятно, что меня перепроверяют. <...> ...то есть недоверие получается. После этого она еще письмо в Минздрав написала, почему это лекарство для беременных платное, а бесплатных нет... Начали проверять, зачем я ей назначала этот препарат, а надо ли это было вообще (Н. О., 38 лет).

Избыточные, по мнению врачей, знания и претензии пациенток позволяют тем оспаривать авторитет профессионалов и создают дополнительные барьеры для доверительного сотрудничества.

Для нас это только... лишние вопросы... ненужные. Интернет, как правило, наоборот, не облегчает нам сейчас положение, а только ухудшает. Они столько всего там читаются, и потом не знают с чего, с какой стороны подойти, и нам задают столько вопросов ненужных, и не воспринимают уже нашу информацию, которую мы им даем. Они ее уже не воспринимают, потому что они потом начинают уже с нами спорить: «А в Интернете написано вот так» (Н. О., 38 лет).

Кроме того, стиль взаимодействия требовательных пациенток врачи зачастую считают агрессивным и неуважительным.

Сейчас престиж профессии врача все равно стал несколько ниже, сейчас они себя воспринимают не только как пациенты, а как клиенты... «Клиент всегда прав», у них вот это вот есть... Раз они клиенты, то у них и иногда, особенно когда они первый раз приходят, — понятно, что потом можно это поломать это отношение, — а в первый раз могут к тебе в кабинет зайти именно с таким отношением, это и не нравится нам естественно, и не всегда хочется себя так воспринимать... Обслуживающий персонал, да. <...> Относятся к нам именно как к обслуживающему персоналу (О. П., 48 лет).

Врачи подчеркивают, что во многих случаях такие пациентки, как правило, материально обеспеченные, рассматривают врача как жестоящий обслуживающий персонал, «прислугу» и стараются сделать так, чтобы навязать такой стиль медицинскому взаимодействию.

Они [предприниматели] так себя ведут, и чувства уважения к другим [нет], и они думают, что с деньгами им все позволено, что они могут

все купить, в том числе и врача. А я, например, не куплюсь, и мне их деньги, даже тысяча долларов, не нужны... Я всегда говорил: вот вы к этому самому, к жене мэра или к кому-то относитесь по-другому, а к нам вот такие требования. Рожала бы сейчас жена президента, она была бы беременной или больной в гинекологии, но не женой президента. Для меня все пациенты одинаковы (В. Г., 70 лет).

Особенно чувствительны к такому иерархическому позиционированию врачи женских консультаций:

У меня одна даже пациентка, я помню, придя, сказала (Всю фразу эмоционально выделяет голосом.): «Я бы сроду к вам не пришла, вообще не пришла, я всегда наблюдалась в частной клинике, а вот у меня сейчас просто тяжелые обстоятельства, и я пришла, вот, к вам» (Б. В., 31 год).

Врачи подчеркивают, что в медицинском взаимодействии деструктивно именно сочетание клиентской ориентации пациентки с демонстративным неуважением. Дело не в том, что пациентки стали требовательными в отношении медицинского обслуживания. Проблема в том, что они постоянно демонстрируют свои требования, претендуют на медицинскую компетенцию, агрессивно и вызывающе ведут себя. Такие клиенты встречаются независимо от вида сервиса.

Таких пациенток практикующие врачи воспринимают как «неудобных» и агрессивных, их установки и действия затрудняют реализацию доверительного сотрудничества. Врачи считают, что недоверие, проявляемое пациентками в ходе медицинского взаимодействия, является психологическим и культурным барьером для эффективного взаимодействия:

Ну а психологически, когда негатив начинается сразу при заходе в кабинет, то, что «я никому не верю, была у ста человек, и вы тут то же самое будете говорить», — чисто психология, я чувствую, что тут мне... Если не возникает контакта между врачом и... «Хоть ты поназначай супер-пупер всяких препаратов, а психологически мне ничего не помогло» (Д. Е., 50 лет).

В целом тренд превращения пациента в активного агента медицинского взаимодействия, проблематизирующего отношения власти, меняет позицию врача. Медики с настороженностью относятся к этим тенденциям и видят в них угрозу своей позиции. Происходит развенчивание медицинской экспертизы, теперь авторитет медика

необходимо завоевывать и подтверждать. Сталкиваясь с таким вызовом, врачи действуют вариативно. С одной стороны, бывают случаи, когда они стремятся расстаться с клиентками, которые выражают агрессию и неуважение, не согласны с рекомендациями или настаивают на лечении, которое врач считает неуместным. Гинеколог рассказывает о конфликте с пациенткой:

Если вы считаете, что вам это [назначение врача] не нужно, то мы с вами просто расстаемся, и все. А так зачем? Ну, понимаете, мои рекомендации не выполняются... Зачем мне это надо? Это значит недоверие... Тогда зачем вы пришли?... У меня и свои принципы тоже есть. Если вы хотите мне указывать, то я... (Д. Е., 50 лет).

С другой стороны, врачи считают, что выстраивание доверия даже во взаимодействиях с «трудными» пациентками является профессиональным долгом медика: «Ну, я считаю, что врачи у нас достаточно лояльные и он [врач] никогда не пойдет против пациента. Хоть пациент может обижаться бесконечно. Но врач не имеет права обижаться вне зависимости от ситуации. К ним придут, там оскорбляют, кричат...» (Е. З., 52 года).

Медики рефлексивны в отношении этой новой для себя стороны профессиональной деятельности.

Информант: *Если мне пациент не доверяет, я считаю, что в этом я виновата, значит, я что-то не так сказала, что-то не смогла принести...*

Интервьюер: *А в чем проявляется это недоверие?*

Информант: *Пациент отказывается выполнять назначения, в лучшем случае она переходит на другой участок. Я считаю, что это в лучшем случае, потому что я считаю, что пациент все равно с врачами должен быть в контакте. Если контакта нет, ни пациенту, ни врачу от этого не хорошо (М. Н., 36 лет).*

Сотрудничество становится более сложным, проблематизированным с обеих сторон, однако врачи признают, что контакт устанавливать необходимо и они вынуждены это делать в ситуации переопределения медицинского взаимодействия в формате «клиент — поставщик услуг». В условиях, когда пациентка борется всеми доступными ей средствами за обеспечение своего здоровья, для профессионалов остается не вполне понятным, как совладать с ситуацией проблематизации своей власти, статуса и доверия.

Может быть человек очень грамотный, но ведет себя безобразно и сразу же вызывает негатив. Но бывают и асоциальные пациенты... вначале негатив. <...> Расположишь ее к себе, она себя по-другому начинает вести. Тут сложно разделить: хороший пациент, плохой. Сегодня он плохой пациент — завтра он приходит, улыбается (Е. З., 52 года).

Взаимодействие с «некультурными» пациентками: экономия усилий и принуждение

Наши данные показывают, что врачей не удовлетворяет взаимодействие с неинформированными пациентками, не заинтересованными в своем здоровье, даже если они являются послушными. Часто последние описываются как неисполнительные, «запущенные», невежественные, асоциальные. Этот тип напоминает разбитную бабу в описании Т. Соломатиной, которая приходит на пятнадцатый аборт. Как показывают наши данные, эти пациентки могут принадлежать как к низшим слоям, так и к среднему классу. «Некультурные» пациентки пренебрегают здоровьем и лечением, не используют контрацепцию и не планируют беременность, хотя рожать не собираются. *«Когда пациентка каждые три месяца у меня ходит на аборт, у меня есть такие пациентки, потому что нет в семье культуры... сексуального поведения, сохранения здоровья, себялюбия» (М. Н., 36 лет).* Такие женщины не выполняют предписаний врача, они, по словам гинеколога, являются неисполнительными и непонимающими. Гинеколог с многолетним стажем подробно описывает свою стратегию взаимодействия с ними, когда он должен выполнить свой профессиональный долг, но не в состоянии обеспечить контроль над соблюдением предписаний (такая же стратегия врача описана в статье Дарьи Красильниковой в этом сборнике). Информант называет таких клиентов *неисполнительными*:

[Пациентки,] которые будут ходить, но говорить: да, да, да, я всё сделаю — на самом деле ничего не делают, ну и, так сказать, пофигистки... которым сказали, вот надо, такие... неисполнительные, непонимающие. Неисполнительные, по-моему, бесполезно они что первый раз ходят, что второй, они уже знают, что хоть как ты там внушай, что... Поэтому я тут сильно и не въезжаю, объяснишь один раз, два раза, кому-то ...объяснишь, чем это грозит, там... Пугать я не пугаю никого, что толку пугать. Запугать можно человека, что он

вообще больше не придет. Ее запугаешь, она потом: «Мне там такого наговорили, лучше дома умру, чем к вам приду...» Надо объяснять (Д. Е., 50 лет).

Что же делать врачу в таком случае? Как добиться эффективного лечения? В ряде случаев врачи считают эффективным принуждение к лечению и профилактике. В частности, отказ от всеобщей диспансеризации осмысливается экспертами как утрата важнейшего организационного преимущества советской медицины. Гинеколог, большая часть карьеры которого приходится на советский период, утверждает: *«Если даже диспансеризацию населения [проводить], то и то готовиться [к ней нужно] в приказном порядке. Потому что нет [у граждан] ответственности за свою болезнь» (В. Г., 70 лет).* Более молодой врач с удовлетворением отмечает: *«Определенная программа [здравоохранения] принята. И даже люди, которые много лет не обращались, как бы им теперь вменили в обязательства, в обязанности, что они раз в год обязаны пойти к врачу» (Н. А., 49 лет).* Наши данные показывают, что гинекологи признают эффективность авторитарных дисциплинарных мер поддержания здоровья населения:

Интервьюер: *Как вы заставляете своих пациентов выполнять предписания?*

Информант: *У меня не забалуешь!*

Интервьюер: *Как это проявляется?*

Информант: *Очень просто. Я предупреждаю своих пациенток, что я врач очень жесткий. И если вы начинаете капризничать или не выполнять мои рекомендации — значит, не будем даже начинать лечение! (Е. З., 52 года).*

Таким образом, модель взаимодействия с «некультурными» пациентками, конструируемая гинекологом, предполагает формальное выполнение профессиональных обязанностей и дисциплинирование клиента медицинских услуг. В таких случаях врач считает бесполезной эмоциональную работу, направленную на завоевание доверия. Доктор полагает, что контролировать свое здоровье таких пациенток может заставить только государственное принуждение или жесткие меры воздействия.

Выводы

Медики считают, что эффективное медицинское взаимодействие невозможно без доверительного сотрудничества между врачом и пациенткой. В такой сензитивной области, как репродуктивное здоровье, оно является особенно важным, поскольку речь идет о деторождении, о женской идентичности, о сексуальной жизни. В нашей культуре эти сферы наделены особым смыслом и являются объектами моральных оценок и политического управления.

Мы анализируем профессиональную рефлексию акушеров-гинекологов. Описывая свой опыт взаимодействия с пациентками, акушеры-гинекологи проблематизируют профессиональную позицию практикующих врачей. Они рассматривают себя как заложников системы здравоохранения со всеми ее минусами и плюсами. Рядовые гинекологи описывают себя как уязвимое профессиональное «сословие» в мире медицины, которое испытывает на себе двойное давление — со стороны менеджеров и предпринимателей от медицины, интерпретируемое иногда в категориях эксплуатации. Несмотря на множественные источники давления вышестоящих инстанций, врачи все-таки выполняют свой профессиональный долг, отвечая на вызовы, связанные с кризисом доверия к медицинскому авторитету.

Врачи понимают, что в глазах пациенток они персонифицируют всю систему здравоохранения, что в современных условиях доверие к врачу со стороны клиентов медучреждения нужно зарабатывать, прикладывая немалые эмоциональные и когнитивные усилия, и даже завоевывать, преодолевая сопротивление недоверчивых клиентов медицинского сервиса. Доверительное сотрудничество выстраивается по-разному, в зависимости от категории пациенток, с которой врачи имеют дело. Взаимодействуя с послушными пациентками врач опирается на модель авторитарного доверительного сотрудничества. Он ожидает подчинения авторитету без претензий. Однако этот тип уходит в прошлое. Взаимодействие с новыми, «культурными», информированными пациентками предполагает (по крайней мере, в идеале) взаимное участие, доверительное сотрудничество, выстраивающееся на эгалитарных моделях взаимодействия, сходных с партнерством. Взаимодействия с требовательными и агрессивными пациентками мобилизуют усилия врача для поддержания его авторитета, оспариваемого женщинами. Взаимодействуя с «некультурными» пациентками, доктора исходят из презумпции профессионального отчуждения. В этом случае о сотрудничестве и доверии

речь не идет. Для поддержания здоровья таких пациентов, считают врачи, необходимо возвращение к системе Семашко, предполагающей массовую диспансеризацию и контроль.

Литература

- Аронсон П. (2006). Утрата институционального доверия в российском здравоохранении, *Журнал социологии и социальной антропологии*, № 2, с. 120–131.
- Браун Д., Русинова Н. (1993). Личные связи в системе здравоохранения и «карьера болезни», *Социс*, № 3, с. 30–36.
- Бороздина Е. (2010). Как работает родовой сертификат? Реализация программы на примере региональной женской консультации, *Гендерная страница: [Электронный ресурс]*. Режим доступа: <http://genderpage.ru/archives/200>. Дата обращения: 10.09.2011.
- Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. (2001). *Гендерный подход в здравоохранении*. М.: Альфа-принт.
- Дрига Л. (2009). Беременность и медицина: заметки на полях, в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 270–323.
- 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.
- Здравомыслова Е., Темкина А. (2009), ред., *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге.
- Лариваара М. (2009). Моральная ответственность женщин и авторитет врачей: взаимодействие гинекологов и пациенток, в кн.: Здравомыслова Е., Роткирх А., Темкина А., ред., *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 313–345.
- Механик А. (2001). Пирамида Семашко, *Эксперт*, № 30–31, 1 авг. Режим доступа: <http://expert.ru/expert/2011/30/piramida-semashko>.
- Одинцова Д. (2009). «Культурная пациентка» глазами гинеколога, в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 234–253.
- Римашевская Н. Н. (2007), ред., *Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении*. М.: Агентство «Социальный проект».
- Сенина О. (2009). Сохранение беременности: опыт стационарного лечения, в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *Здоровье и доверие:*

- гендерный подход к репродуктивной медицине. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 324–344.
- Соломатина Т. (2011). *Акушер-Ха!* М.: Яуза-Пресс.
- Шилова Л. С. (2007а). Отношения «врач — пациент» в условиях модернизации первичной помощи российского здравоохранения, в кн.: *Тезисы докладов III Всероссийской научной конференции «Сорокинские чтения» «Социальные процессы в современной России: традиции и инновации»*. СПб.: СПбГУ.
- Шилова Л. С. (2007б). О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения, *Социс*, № 9, с. 102–109.
- Шишкин С. (2008), ред., *Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность*. М.: НИСП.
- Ярская В. Н. (2011), ред., *Здоровье населения и национальные реформы: социально-антропологический анализ*. М.: Вариант, ЦСПГИ, 2011.
- Brown J., Rusinova N. (2002). “Curing and Crippling”: Biomedical and Alternative Healing in Post-Soviet Russia, *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, N 583, Sept., p. 161–170.
- Brown J., Rusinova N. (2010). Holding up the social safety net: gender and health care in Urban Russia, in: Jappinen M., Kulmala M., Saarinen A. *Gazing at Welfare, Gender and Agency in Post-socialist countries*. Cambridge: Scholars Publishing, p. 60–77.
- Freidson E. (1970). *Profession of medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd and Mead.
- Lupton D. (1994). *Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies*. London: Sage.
- Mechanick D. (1996). Changing Medical organization and the erosion of trust, *The Milband Quaterly*, vol. 74, N 2, p. 171–189.
- Mechanick D., Meyer S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness, *Social Science & Medicine*, vol. 51, p. 657–668.
- Parsons T. (1951). Social structure and dynamic process: the case of modern medical practices, in: Parsons T. *The social system*. Glencoe: The Free Press, p. 428–479.
- Rivkin-Fish M. (2005). *Women’s Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Bloomington: Indiana University Press.
- Rusinova N. L., Brown J. (2003). Social Inequality and Strategies for Getting Medical Care in Post-Soviet Russia, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness, and Medicine*, vol. 7, N 1, p. 51–71.
- Stump P. (1999). *Trust: A Sociological Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Н. А., ж., 49 лет, акушер-гинеколог женской консультации, по совместительству врач в частной клинике, стаж 26 лет.
- Н. В., ж., 42 года, акушер-гинеколог женской консультации, стаж 17 лет.
- А. Б., ж., 74 года, акушер-гинеколог, стаж 46 лет.
- Б. В., ж., 31 год, акушер-гинеколог, закончила аспирантуру, стаж 6 лет.
- В. Г., м., 70 лет, акушер-гинеколог, зав. отделением женской консультации, стаж 42 года.
- Г. Д., ж., 46 лет, детский акушер-гинеколог, стаж 19 лет.
- Д. Е., м., 50 лет, акушер-гинеколог, занимал должность главного врача, стаж в женской консультации 25 лет.
- Е. З., ж., 52 года, акушер-гинеколог, зам. главного врача, стаж 26 лет.
- З. И., ж., 40 лет, сексолог, канд. мед. наук, стаж в медицине 13 лет.
- И. К., ж., 42 года, акушер-гинеколог, стаж в женской консультации 17 лет.
- К. Л., ж., 33 года, акушер-гинеколог, стаж 6 лет, 3 года в женской консультации.
- Л. М., ж., 33 года, акушер-гинеколог, стаж 6,5 лет, 3,5 года в женской консультации.
- М. Н., ж., 36 лет, акушер-гинеколог, стаж 12 лет в гинекологии, 7 лет в женской консультации.
- Н. О., ж., 38 лет, акушер-гинеколог, стаж 12 лет в женской консультации.
- О. П., ж., 48 лет, акушер-гинеколог, стаж 24 года, в гинекологическом отделении муниципальной больницы, в женской консультации.

СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ГЕНДЕР: ДИСКУРСЫ И ПРАКТИКИ

Анна Роткирх, Анна Темкина
**Сексологи о здоровье,
удовольствии и гендере¹**

Введение

За последние 20 лет в России секс из объекта умолчания и запретов превратился в широко обсуждаемый вопрос. С одной стороны, сформировались самые разнообразные представления о сексе. СМИ продвигают его в ряду либеральных и гедонистических ценностей, а также ценностей здоровья. С другой стороны, религиозные деятели противопоставляют сексуальному образованию и правам сексуальных меньшинств. В обществе позднего модерна важным становится знание профессионалов, которое задает нормы и образцы сексуального поведения и взаимоотношений между полами. Развиваются различные формы экспертизы, в том числе терапия и консультирование по поводу сексуальных проблем.

В данной статье мы обращаемся к клиническим практикам сексологов, для того чтобы понять, как конструируется сексуальное здоровье. Мы кратко опишем, как происходит формирование профессии сексолога в постсоветском обществе, а затем обратимся к техникам консультирования — диагностике и лечению. Мы рассмотрим более подробно клинические случаи, связанные с проблемами мужской эрекции и женского оргазма. Нас интересует, как воспринимается гендерное равенство и сексуальность в терапевтической практике. Для нас являются значимыми поколенческие, экономические, культурные и гендерные различия. В данном исследовании мы опираемся на восемь экспертных интервью с сексологами, проведенных в Казани, Петербурге, Москве, Самаре, Архангельске в рамках проекта «Гендерное устройство частной жизни в российских регионах», поддержанного фондом Форда и корпорацией «Новартис» в 2009–2010 годах. Мы также привлекаем в качестве

¹ Авторы благодарят Ольгу Ткач, которая провела часть интервью и сделала комментарии. Мы благодарим за комментарии Елену Иоффе, Элину Хаавио-Маннилу, Кэтрин Холл и Синтию Грэхам. Сексологическим практикам посвящена также наша статья: Temkina, Rotkirch, Naavio-Mannila 2011.

дополнительного материала тексты учебников по сексологии, материалы сайтов, рекламирующих разные способы решения сексуальных проблем, и комментариев преподавателя кафедры сексологии.

Сексуальные практики и ценности современного поколения существенно отличаются от тех, которых придерживалось предшествующее поколение. Либеральное поведение в сфере интимных отношений было характерным и для позднесоветского времени, однако гедонистические ценности получили широкое распространение только после крушения коммунистического режима. В это время резко изменилась ситуация — стала доступна информация о сексе и контрацепция. В фокусе нашего внимания находится в первую очередь взаимодействие сексологов с тем поколением, которое социализировалось в постсоветский период и восприняло современные гедонистические и либеральные ценности. Нам необходимо также иметь в виду, что на фоне либерализации сексуального поведения сохраняются практики безответственного секса, относительно высокий уровень абортов и отказа от использования контрацепции (см. статью А. Темкиной в данном сборнике), отсутствует систематическое сексуальное образование и пр. (Кон 2002; 2010; Снарская 2009).

Сексуальность маркирована социо-экономическим статусом и культурными различиями. Рост бедности и социального неравенства вносит вклад в распространение рискованного поведения и инфекций, передающихся половым путем (ИППП) (Regushevskaya, Dubikaytis, Nikula 2008; 2009 и др.). Клиенты сексологов принадлежат к разным социальным слоям, и у нас нет данных для того, чтобы представить социальный портрет клиента(ки). Однако, учитывая не косвенные данные, а именно высказывания экспертов и уровень цен на курс консультирования, мы можем предположить, что услугами пользуются преимущественно средний и высший средний классы. Приемы сексолога, как правило, являются платными. По словам информантов и данным сайтов, цены варьируют. Курс лечения у медицинского сексолога может стоить 15–18 тыс. рублей (около 300–400 евро, 2010 год), включая диагностику и психотерапию. Малообеспеченные люди не имеют достаточных ресурсов для обращений к специалистам по поводу сексуальных проблем. Однако существуют центры для молодежи, кризисные центры и другие организации, где услуги для определенных групп населения являются бесплатными.

Культурные различия важны в том смысле, что в современном российском обществе сосуществуют разнообразные ценности и нормы. Либеральное отношение к сексуальным практикам и спрос

на экспертное знание в этой области более характерны для городской образованной среды, чем, например, для религиозных сообществ или определенных этнических групп. Как показало наше исследование, в Армении для женщин проблематичным является добрачный секс, а в Таджикистане сексуальность женщины может обсуждаться только в контексте брака (Темкина 2008). Традиционные установки в обсуждении культурной специфики проявляются и в России, которая для некоторых сексологов предстает как страна высокой духовности и романтических ценностей. Большинство сексологов, которые дали интервью, критически относятся к недостаткам сексуального образования и планирования семьи в России. Однако один из них считает, что западное влияние имеет негативные последствия, разрушая мораль и духовные ценности молодежи и преувеличивая значение секса.

В нашем исследовании мы исходим из того, что произошли существенные изменения в интерпретации сексуальности: признаются потребности женщины, ее активность, заинтересованность и удовлетворенность в сексе. Если в предшествующих поколениях многие женщины говорили об отсутствии или незначимости оргазма и невозможности обсуждать свое удовлетворение с партнером (Темкина 2008), то представительницы молодого поколения осознают подобные явления как проблему и, возможно, как мы покажем ниже, как повод для обращения к сексологу.

Сексологический дискурс и профессиональная сексология

Современный публичный дискурс сензитивен к вопросам сексуальности. В нем представлены гедонистические, коммерциализированные и медикализированные, а также моральные взгляды. Опыт интимной жизни широко обсуждают в ТВ-шоу, где даются советы, как вести себя в различных жизненных ситуациях. Известные сексологи Лев Щеглов и Игорь Кон участвуют в дискуссиях в различных передачах, на сайтах и в своих книгах (Кон 1997; 2005; 2010; Щеглов 1998; 2001; 2002; 2003). Сотнями выходят популярные переводные и российские издания по сексологии, все большее распространение получает сексологическое консультирование. Эксперты подтверждают то, что *«спрос на услуги в области поддержания и профилактики сексуального здоровья с каждым годом растет»* (комментарий преподавателя сексологии).

В медийном дискурсе представлены медицинские советы по поводу решения сексуальных проблем: эрекции у мужчин, аноргазмии у женщин и др. Лекарства и консультирование широко рекламируются по радио, телевидению, на сайтах, в аптеках и пр. Приведем пример из рекламного буклета, распространяемого в московской аптеке: *«Будьте уверены, в 95 % случаев нарушения эрекции поддаются лечению! Lilly [транснациональная фармацевтическая компания. — А. Р., А. Т.] answers that matter. 40 % мужчин старше 40 лет страдают нарушениями эрекции... Верните уверенность в своих силах! Спросите в аптеке или обратитесь к врачу. Узнайте больше на сайте... Получите консультацию специалиста. Звонок бесплатный».*

Сексологический дискурс связывает здоровье, возраст, секс и гендерные образцы. Приведем пример такого дискурса.

В настоящее время наблюдается увеличение числа мужчин, которым необходимо обследование и лечение сексуальных расстройств, таких как:

- нарушение эрекции,
- раннее (преждевременное) семяизвержение,
- отсутствие либидо (полового влечения).

В последние годы взгляды на причину возникновения сексуальных дисфункций изменились. Доказано, что около 80 % половых расстройств у мужчин возникают вследствие заболеваний различных органов и систем. Поэтому только комплексный и индивидуальный подход позволяет диагностировать и вылечить различные заболевания половых органов мужчины, а также решить проблемы, связанные с нарушением половой функции.

В наши дни мужчинам приходится очень нелегко. Нужно быть главой семьи, а значит, добытчиком, чтобы тебя уважали и ценили... Важно не только социально состояться, но при этом сохранить здоровье и оптимистичное отношение к жизни. До 35 лет почти все мужчины, независимо от образа жизни... не испытывают проблем со здоровьем. Когда же этот возрастной рубеж пройден, могут появиться первые проблемы в интимной сфере. И здесь преимущество на стороне тех, кто регулярно проходит профилактические обследования и внимательно относится даже к незначительным нарастающим изменениям самочувствия, предупреждая развитие заболеваний (Клиника андрологии и гинекологии [2011]).

В рекламе лекарств и медицинских услуг утверждается, что для мужчины возраст старше 35–40 лет — это фактор риска, способ-

ствующий потере сексуального здоровья. Сексуальные возможности интерпретируются как неотъемлемая составляющая здоровья и одновременно социального успеха. Медицина берет на себя ответственность диагностировать проблемы, включая социальные, предупредить их или вылечить. От мужчины при этом требуется постоянное пристальное внимание к любым признакам нездоровья, угрожающим его мужественности.

Современная либеральная сексуальная культура в России предполагает био-медицинский и био-психосоциальный подходы к здоровью и сексуальным проблемам. Заниматься ими призвана сексология, которая в настоящее время формируется как профессиональное поле.

Сексопатология появилась в СССР в 1970-е годы. Сам термин показывает, что сексуальные проблемы могли стать предметом вмешательства, только если они определялись в медицинских терминах и приравнивались к болезни (Кон 2010; Роткирх 2010). Соответственно, возникала необходимость в лечении. Образование врачей в области сексологии находилось под строгим институциональным и идеологическим контролем. По словам одного из сексологов, *«Советский Союз — это была репрессивная такая модель, тоталитарная, и поэтому там сексология зародилась как бы как сексопатология, и в медицине это разрешили, и были ставки сексопатологов введены вообще по всей стране»* (З. У., около 55 лет). Тогда же появились пионерские работы в российской сексологии (Свядоц 1974; Васильченко 1977; Исаев, Каган 1979 и др.). Однако доступность этих книг была сильно ограничена. Ситуация изменилась в конце 1980-х годов. В 1989 году вышла книга Игоря Кона *«Введение в сексологию»*, которая была издана тиражом 250 тыс. экземпляров (Кон 1988; 2005: 239–241). Первая кафедра сексологии открылась в 1989 году в **Государственном институте для усовершенствования врачей (ГИДУВ)** (позднее — Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, МАПО). В настоящее время кафедра презентует свою деятельность как связанную с проблемами сексуального здоровья, нормы и патологии, диагностики и лечения. Главные направления деятельности кафедры: *«многоаспектное изучение половой жизни в норме и патологии, разработка проблемы сексуального здоровья в возрастном аспекте, изучение сексуальной предпатологии, психогенных и психосоматических сексуальных расстройств мужчин и женщин, современные методы диагностики и лечения сексуальных заболеваний с уделением особого внимания психотерапии»* (Медицинская академия последипломного образования [2001]). В области

обучения кафедра предлагает профессиональную переподготовку по сексологии с выдачей сертификата для врачей психиатров, циклы усовершенствования по сексологической проблематике для врачей всех специальностей, психологов и работников социальных служб (там же). Как указала преподаватель кафедры сексологии, в настоящее время *«получение сертификата сексолога доступно специалисту-психиатру, желателно уже прошедшему профессиональную переподготовку по психотерапии, после прохождения обучения на специальном цикле профпереподготовки в течение 3,5 месяцев. Важно отметить, что сексологи каждые 5 лет обучаются на циклах профессионального усовершенствования»*.

После распада Советского Союза, с 1990-х годов появляются различные образовательные программы и тренинги. Российская ассоциация «Планирование семьи», основанная в 1991 году, создавала молодежные центры сексуального образования, консультирования и подготовки специалистов (Kontula 2004: 55–56). Новые организации обращались не только к медицинским, но и к психологическим сторонам человеческой сексуальности. В Санкт-Петербурге в середине 1990-х гг. открывается Институт психоанализа, который готовит специалистов, проводит консультирование и психоаналитическую работу с пациентами (Temkina, Rotkirch 1996). Появляется различная специализированная подготовка в области сексологии, для которой не обязательно требуется медицинское образование. По словам преподавателя сексологии, в настоящее время *«отечественная сексология находится в начале становления: специалистов мало, нет профессионального сообщества, которое могло бы формировать нормы, рамки оказания услуг, обмен опытом между коллегами и, главное, критерии оценки эффективности. В стране есть ассоциация сексологов, но входят в нее представители разных профессий (что уже не согласуется с положениями документов, регулирующих деятельность подразделений Минздрава)»*.

Для наших информантов наиболее важным оказалось профессиональное обучение в МАПО (С.-Петербург) и Федеральном научно-методическом центре медицинской сексологии и сексопатологии (Москва). Образовательные траектории демонстрируют институциональные и дисциплинарные различия в формирующейся области сексологии в России. Среди информантов присутствуют психологи, гинекологи, урологи, психиатры по первоначальной специализации. Один из них посещал самые первые лекции по сексологии в Ленинграде в 1977 году в ГИДУВе (где позднее была создана кафедра), пятеро закончили курсы профессиональной переподготовки.

Четверо имеют дипломы сексолога, полученные на базе психиатрической подготовки. В настоящее время все они занимаются терапией или консультированием по сексуальным проблемам, все называют себя сексологами, кроме одного психолога (она называет себя психотерапевтом и также проводит консультирование по сексуальным проблемам). Кроме того, пятеро считают себя врачами-психотерапевтами, один — семейным психотерапевтом, один — медицинским психологом, и одна — феминистским психологом. Два эксперта работают в центрах, образованных на базе университетов, один — в молодежном центре, двое — в медицинских центрах при больницах, один — в НИИ медицинского профиля, один — в коммерческом центре, одна — в роддоме, и одна — в женском кризисном центре. Трое имеют степень кандидата наук, пять информантов — мужчины, трое — женщины.²

С точки зрения формирования профессионального поля нас интересовало не только образование (включая переподготовку), институциональная принадлежность, сфера деятельности и идентификация экспертов, но и концептуальные модели и авторитеты, на которые они ориентируются. Что касается теоретического влияния, то наши информанты упоминали таких классиков, как Фрейд, Юнг, Фромм, Хорни, Александер, Мастерс и Джонсон, Берн и другие, а также классиков русской литературы, например Льва Толстого. Значимыми фигурами выступают также российские признанные специалисты и коллеги, в частности Г. Васильченко и Л. Ботнева, что касается западных, то их упоминали гораздо реже. При этом в качестве повлиявших на их практику были названы теории транзакционного анализа, психоанализ и пр. Многие эксперты ссылались на российские традиции и исследования. Важными понятиями для большинства являются «половая (сексуальная) конституция», «сексуальная совместимость», «типология сексуальной личности», связанная с силой сексуального влечения, психологическими и другими личностными характеристиками.

² Путеводитель включал вопросы о профессиональной деятельности и образовании, о том, с какими группами работает сексолог, в какой форме, с какими проблемами обращаются клиенты (пациенты), что необходимо выяснить, какие советы даются, как реагирует клиент (пациент), каковы подходы к консультированию (лечению), как объясняют и как называют причины трудностей, каковы различия сексуальных проблем и мужчин и женщин, молодых и пожилых и пр. В ходе интервью мы просили привести примеры конкретных случаев из практики, а также оценить современную сексуальную культуру молодежи.

Все эксперты сходятся во мнении о том, что существует два подхода в сексологии: преимущественно медицинский и преимущественно психологический. В первом случае в фокусе внимания находятся сексуальные дисфункции эрекции и оргазма, а также сопутствующие заболевания. Во втором — личностные отношения и их проблемы, в том числе сексуальная несовместимость. Разделение, однако, является условным, это вопрос выбора и базовой подготовки специалиста, каждый из которых подчеркивает наличие обоих подходов в своей практике. Врачи занимаются психотерапией, а психологи диагностируют медицинские проблемы, советуя обратиться к врачу соответствующего профиля.

Следующая цитата иллюстрирует преобладание медицинского подхода к сексологии, однако психотерапия тоже включается в сексуальную терапию: *«Сексология — это наука о сексе и о его патологии... Стыковая наука, то есть, с одной стороны, это и эндокринология... Это психотерапия, это, с другой стороны, урология, потому что все это близко, вот, ну, естественно, другие дисциплины, которые каким-то образом касаются области... нарушенных сексологических»* (Ю., около 50 лет).

Сторонники психологического подхода делают другие акценты. В фокусе их внимания — человеческие отношения. Например, под сексологией информант понимает *«науку об отношениях между мужчинами и женщинами, потому что не бывает отдельного специалиста-сексопатолога... Я имею в виду психологическое и психотерапевтическое направление. Оно обязательно должно совмещать в себе общечеловеческие... каноны... Процентом на 90 это вопросы психологические — вопросы отношений»* (И., около 45 лет).

Психологические проблемы переосмысливаются как происходящие из сексуальных. Эксперт продолжает: *«Любой психолог — это сексолог, иначе он не психолог...»* (И., около 45 лет). Психологами — специалистами по проблемам отношений, включая сексуальные, он называет литературных классиков. *«Есть писатели... литературные деятели, которые считают себя знатоками сексуальной души... Лучшая книга по сексологии... “Отец Сергей” Толстого или “Крейцерова соната”... Трагедия, там, Пьера Безухова, да, сексуальная; или Наташи Ростовской. Это тоже сексологи великие»* (И., около 45 лет).

В соответствии с разными подходами в одних случаях эксперты говорят о болезнях и лечении пациентов, в других — о проблемах и консультировании клиентов. Пациент не обязательно признается

больным. Эту терминологическую сложность сексолог проясняет, апеллируя к роли врача и практикам «лечения». *«Я врач, если я говорю “пациент”, значит я несу ответственность, если “клиент”, значит другие совершенно отношения. Я не могу их “клиентами” назвать. Это не значит, что они больные, но если они приходят ко мне с проблемой, значит я их врачу, да? Они у меня лечатся»* (И., около 45 лет).

Диагностика сексуальных проблем

Рассмотрим кратко, как определяются болезни (проблемы) и какие подходы к их лечению предлагаются в научной и научно-популярной сексологической литературе. Обратимся к классификации, которая приводится в популярной книге известного сексолога Льва Щеглова. В главе «Сексуальные расстройства. Как их избежать?» автор выделяет два основных типа расстройств: 1) сексуальные дисфункции у мужчин (нарушения влечения, эрекции и эякуляции) и женщин (нарушение влечения и оргазма); 2) социально-психологические (нарушение эмоциональных связей) и сексуально-психологические дисгармонии (Щеглов 2002: 257–261).³

Применительно к клинической практике большинство сексологов говорят об аналогичных расстройствах и дисфункциях. Мы задавали вопрос экспертам, с какими типичными проблемами к ним обращаются. По их словам, *«типичный пациент — это мужчина 35–55 лет с проблемами на эрекцию»* (Ю., около 50 лет); *«Если мы говорим о мужчинах, это нарушение эрекции... аноргазмия бывает у женщин»* (О. И., около 40 лет). Кроме проблем эрекции и отсутствия оргазма, пациенты часто обращаются с семейными проблемами, которые могут привести к сексуальной дисгармонии.

Большинство сексологов видят свою задачу в том, чтобы определить проблему (поставить диагноз) и затем начать лечение (Васильченко 2005: 271–272). В учебном пособии для врачей В. Кришталь и С. Григорян (2005) включают в общую клиническую сексологию диагностику нарушения сексуального здоровья, коррекцию этих

³ В. Кришталь и С. Григорян среди сексуальных расстройств у мужчин и женщин выделяют дезадапционные формы (социо-культурную, коммуникативную, сексуально-поведенческую, сексуально-эротическую, конституционную и пр.), а также вторичные формы сексуальных расстройств при соматических и психических заболеваниях (Кришталь, Григорян 2005: 359–360).

нарушений и психопрофилактику. В соответствии с руководством для врачей в обследовании сексологических больных важными являются соотношение сексуального проявления с нормой соответствующей возрасту и учет индивидуальных черт половой конституции (Васильченко 2005: 271–272).

В учебных текстах предлагаются различные способы диагностики,⁴ о некоторых из них рассказали и практикующие сексологи. Например, можно использовать сексологические карты⁵ и беседы.

По этой карте я задаю вопросы, которые касаются только секса, его личности... Но более важна здесь беседа. У меня приходит человек на беседу, то есть мы с ним можем час, можем полтора беседовать... Для выработки дальнейшего дифференциального диагноза диагностируем, что вообще у него, что за личность, кто передо мной сидит, какие у него проблемы, как можно решить эти проблемы, как можно помочь (Ю., около 50 лет).

Об этом этапе взаимодействия с пациентом, как о наиболее важном, говорят и другие сексологи. В беседе делаются разные акценты: одни исследуют историю человека начиная с рождения, другие фокусируются на том, что значимо «здесь или сейчас»:

Нужно выяснить проблематику, индивидуальные особенности. События в жизни... Я спрашиваю, в какой семье человек родился, как он жил, какие отношения у папы с мамой были, в каком возрасте, там, они развелись... Как дальше складывалась судьба, например, мамы, которая воспитывала ребенка, были у нее, там, половые партнеры, да? Как-то она, как женщина, реализовала она себя или нет? И так далее.

⁴ Например, методы сексологического обследования мужчин и женщин, методы определения психологической, социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации супругов и пр. (Кришталь, Григорян 2005: 361–382).

⁵ Сексологическая карта обследования мужчин включает следующие параметры: жалобы, либидо, первая эякуляция, оргазм, мастурбация, динамика половой жизни, алкоголь, жилищные условия, личностные особенности, объективные данные лечения и динамика последующего наблюдения и пр. (Васильченко 2005: 277–279). Для женщин, кроме общих параметров, — информация о беременности, менструациях и пр. (Васильченко 2005: 402–407). Данные карты разработаны в отделении сексопатологии Московского НИИ психиатрии Министерства здравоохранения РФ. На основе карт Васильченко Кришталь и Григорян предлагают также карту сексологического обследования супружеской пары, которую можно использовать и при индивидуальном обследовании (Кришталь, Григорян 2005: 384–386).

Это очень важно. Потому что это определяет некий половой сценарий человека. Как жили родители? (И., около 45 лет).

Эксперты говорят не только о выявлении первопричины проблем, но и о реконструкции сексуального сценария в целом, который может послужить важным ключом к их решению. Воспитание матерью-одиночкой, в частности, часто считается фактором риска возникновения проблем сексуального характера.

Независимо от сферы компетенции все сексологи подчеркивают значимость психологического подхода: «Мы имеем дело не с сексопатологией, а с психологическими проблемами... Сексуальные проблемы — это не проблемы генитального контакта, а проблемы отношений» (Б., 45 лет).

Возраст, психосексуальные типы и особенности конституции — это важные системы референций для экспертов. О. И. в интервью подчеркивает различия сексуальных возможностей мужчин в зависимости от возраста и конституции: «Мужчина... сильной половой конституции может осуществлять несколько половых актов в течение какого-то периода времени, то есть за сутки, а слабая половая конституция, она не предусматривает... то есть снижение сексуальной активности идет уже с 25 лет».

Рассмотрим более подробно один из случаев клинической практики и его диагностику. О семейной паре рассказывает сексолог Ю.:

Лечилась пара. Длительно. Женаты... Ему, там, за 40 лет, она моложе, ей 28–29 лет. Поначалу все шло хорошо, а потом постепенно началось ухудшение отношений. Он бизнесмен, работает, устает. Тем более у него семья от первого брака. И, естественно, конфликтная ситуация от того, что [он] вынужден иногда ходить к своим детям. Из-за этого осложнились отношения в семье. Естественно, молодая жена стала предъявлять претензии, потому что, во-первых, он деньги отдает туда и т. д. Появились стычки. Начала ему высказывать. Она тоже достаточно самодостаточная, красивая женщина... В результате всего этого у него появились дискомфортные ощущения в половых контактах, то есть она его «накрутит», после этого у него желание, скажем так, пропадает. Стали появляться проколы. А он эмоциональный человек, очень ранимый, начал сильно переживать, нервничать по этому поводу. Естественно, жена, не понимая то, что у него возникли проблемы из-за их конфликтной ситуации, начала обвинять его, что он встречается со своей первой или, там, еще с кем-то, и еще подливает масла в огонь, потому что разница

в возрасте достаточно большая, то есть она по типу, по сексуальному типу относится к сильным таким личностям, то есть ей надо достаточно много и достаточно хорошо... Когда она выходила замуж, она об этом не думала. Прошло какое-то время... человеку достаточно, например, 2 раза в неделю максимум, потолок, потому что... он относится к среднему типу именно сексуального, психосексуального развития. Есть слабый тип психосексуального развития, есть средний, а есть сильные личности в этом плане... Могут быть эпизодические связи с любовницами... То есть эпизодически... А тут такая вот конфликтная ситуация... На фоне этих конфликтов она начала тоже переживать. Не может расслабиться. У нее процессы нарушения оргазма... если она раньше почти всегда испытывала, то после этих ссор у нее нарушился сон, настроение неустойчивое, исчез оргазм. У него, естественно, тусклые впечатления от секса. Несколько раз, так сказать, эрекция пропадала... «махровый» букетик, который потом мне и пришлось разгребать... Такой классический случай.

У описанной выше пары Ю. отмечает разный уровень сексуальных потребностей, которые определены половой конституцией и возрастом. «Пройдет еще несколько лет и ему [в соответствии с конституцией] нужно будет раз в две недели, а ей — через день». Эти особенности необходимо выявить, учесть и объяснить пациентам.

Вторая составляющая проблемы — кризис, приводящий к взаимному непониманию в паре. Сексолог должен вскрыть суть конфликта, который может быть связан с рассогласованием сексуальных потребностей или их непониманием, а также с более широким социальным контекстом. Напряжение могут создавать требования трудовой или семейной роли, связанные с выполнением обязанностей по отношению к бывшей семье в данном случае. Стрессы на работе также отмечаются многими экспертами как причины сексуальных проблем. О. И., врач-сексолог, обозначает их как синдром менеджера. Она рассказывает:

Если мы говорим о молодых мужчинах, зачастую здесь бывает нарушение эрекции, эякуляции... Нервные срывы опять на работе, отсутствие желания жить как таковой сексуальной жизнью... как синдром менеджера... То есть люди зарабатываются и не хотят уже вступать в отношения, они понимают, что это для них последние там силы... Я лучше посплю, лучше чем-то другим займусь, только не сексом (О. И., около 40 лет).

Гендерные особенности постановки диагноза мы рассмотрим далее. После того как поставлен диагноз и выявлена проблема, сексолог должен приступить к ее решению.

Способы работы с пациентами

В зависимости от области экспертизы специалиста пациентам (клиентам) предлагается психологическая помощь (консультирование), медицинское лечение или и то и другое вместе. Сексологи признают необходимость комплексного подхода.⁶ В курс лечения (коррекции) включают беседы, медикаментозную поддержку, физиотерапию, массаж и пр. Беседы направлены на просвещение с учетом индивидуальных особенностей и особенностей взаимодействия в паре.

Врач Ю. использует три метода воздействия — психотерапевтический, медикаментозный и физиологический. В описанном выше случае семейной пары применялись все три метода.

Задача — коррекция поведения, определенные физические, физиотерапевтические процедуры. <...> В моей практике я применяю сочетание — психотерапия... м-м... аппаратное лечение физиотерапевтическим комплексом... Мой аппарат “Ярило” и [московский] “Яровит”.⁷ ... У меня идет и беседа, и препараты, физиотерапевтические процедуры... и глубокий массаж предстательной железы с лазерным воздействием, что улучшает микроциркуляцию и кровоснабжение (Ю., около 50 лет).

⁶ Кришталь и Григорян выделяют шесть направлений коррекции нарушений сексуального здоровья: 1) психотерапия, 2) коррекция психологической и социально-психологической дезадаптации супругов, 3) медикаментозное лечение, 4) физиотерапия, 5) лечебная физкультура, 6) вспомогательные и хирургические методы лечения нарушения потенции у мужчин (Кришталь, Григорян 2005: 403–479).

⁷ В соответствии с описанием аппарата, размещенным на сайте: «...аппарат разрешен к применению Минздравом РФ (Протокол № 11 от 20.12.99 г.). Предназначен для ликвидации дегенеративных изменений в сосудистом аппарате кавернозных тел penis, улучшения трофики и кровоснабжения предстательной железы. Основан на создании разряжения воздуха вокруг полового члена, помещенного в колбу... В результате воздействия вызывается полноценная эрекция penis. Эффективное средство для лечения и профилактики всех видов половых расстройств и импотенции. Возникающая на “глазах пациента” эрекция позитивно влияет на его психику» (Яровит 2011).

В случае необходимости он назначает гормональные препараты: *«При пониженном уровне гормонов здесь очень много факторов, которые действуют отрицательно на организм мужчины... на эректильные функции»*. Ю. отмечает, что аппарат, кроме физиологического воздействия, *«очень эффективен и как плацебо... психологический эффект на пациента своим воздействием»*. К преимуществам своего метода Ю. относит также и его организацию: все процедуры, беседа и «оплата» находятся вместе, его пациентам не приходится посещать разных врачей, что характерно в целом для российской медицины и часто становится барьером для обеспечения здоровья (Здравомыслова, Темкина 2009).

Врач-сексолог О. И. рассказывает о разных способах лечения. Ее метод сходен с теми, которые были описаны в предыдущем случае:

Иногда первый прием длится в течение часа, иногда хватает даже одного раза, чтобы пациент пришел и у него все восстановилось. Назначается же лечение! Если приходит повторно, там уже включаются разные методики психотерапевтические... если это лечение вагинизма у женщин... что-то там конкретное или эректильная дисфункция, мы начинаем делать уколы, специфические процедуры. То есть это не просто слова, да, это уже конкретная манипуляция (О. И., около 40 лет).

Медицинский психолог К. М. подчеркивает психологическую составляющую лечения, поскольку к ней на консультации обычно приходят, когда *«нет патологии, нет органики, а чисто психологические проблемы... Это сексуальные дисфункции психологического характера»* (К. М., около 40 лет).

Беседа как основное средство лечения (коррекции) признается всеми сексологами. Беседы проводятся индивидуально или с парой, существуют различные групповые беседы (тренинги). *«Работаешь с ними, сначала с одним, потом с другим, а потом уже втроем беседуем...»* (Ю., около 50 лет). Другой эксперт собирает группы женщин и мужчин: *«Мы занимаемся выяснением, освоением и, ну, как-то осознанием того, что мы делаем с людьми противоположного пола»* (И., около 45 лет).

Некоторые эксперты дают рекомендации, например использовать секс-игрушки или вместе читать эротическую литературу. *«Скажем, совместное чтение книг, просмотр фильмов. Иногда я в качестве рекомендации, подаваемой в определенном контексте, рекомендую людям гладить друг друга. Просто гладить»* (Б., 45 лет).

Другие сексологи таких рекомендаций не дают, а ориентируют клиентов на самопознание. К. М. применяет методики, направленные на саморефлексию:

Это рефлексия... человек приходит не за советом... не за инструкцией к действию. В любом случае он уже знает, но ему все равно хочется услышать мнения по этому вопросу. И самое главное — это отрефлексировать. Самое главное — это логотерапия. Разговор... Высказаться. Он сам, когда все проговаривает, раскладывает все по полочкам... Два часа сам проговорил, сказал: «Спасибо большое, вы мне очень!» — а я только внимательно слушала... (К. М., около 40 лет).

Сексологи признают в целом необходимость работы с самооценкой, повышение уверенности в себе. Как объясняет К. М., самое важное — это собственная работа пациента. Врач лишь направляет и помогает. *«Поэтому мои рекомендации — это не столько рекомендации, а разбор ходов... Поскольку только он сам делает свой выбор, потому что невозможно сделать человека счастливым, если он сам не захочет»* (К. М., около 40 лет).

Многие сексологи отмечают, насколько важна активность человека, стремящегося осознать свои проблемы и предпринять какие-то действия, чтобы их решить. Психологический подход к сексуальности создает достаточно широкие рамки для рефлексивной работы индивида или пары.

Важность знаний и учет взаимных потребностей проиллюстрируем на примере решения распространенной проблемы аноргазмии у женщины. К врачу Б. обратилась молодая пара по поводу отсутствия оргазма. Врач обнаружил, что молодые люди имеют довольно смутное представление не только о сексуальных, но и о культурных потребностях друг друга и никогда не обсуждают эти вопросы.

Выясняется, что он практически не знает ее. Я спросил: «Что она любит читать?» — «Я не знаю»... Он не знает ее вкусов, пристрастий, интересов. Он не знает ее тела. Я спрашиваю, например: «Как вы полагаете, какая часть тела у вашей жены самая острая эрогенная зона, с самыми острыми переживаниями?» Он называет одну часть тела, ну, скажем, грудь. Она говорит: «Нет»... Для них работа со мной была здесь связана с открытиями друг друга. То же самое можно сказать и о ней. При всем при том, что они живут сексуальной жизнью, как сексуальные партнеры, семь лет (Б., 45 лет).

Сексолог определяет такую и сходные ситуации как проблемы отношений и обозначает свою задачу — «восстановить всю гамму человеческих отношений». Случай молодой пары он объясняет давлением стереотипов, которые сложились в их взаимоотношениях, где «отсутствует творчество, недостаток доверия к себе, недостаток уверенности, неготовность принять другого и принять себя» (Б., 45 лет).

К. М. также считает важной проблему сексуального удовлетворения женщин: «Это немаловажный фактор в жизни». В случае, аналогичном описанному выше, причиной является

...непросвещенность наших девочек. Не только девочек, даже вот до смешного доходит... Ко мне тут женщина приходила, рыдала тут, 45 лет... Два года назад познакомилась с мужчиной, муж первый у нее умер. И она говорит, я узнала, что такое оргазм. И она рыдала, что жизнь-то зря прошла... Я говорю: «Да, надо радоваться, это же здорово. Ведь сколько женщин вообще прожили и знать не знали, и ведать не ведали». Секса ведь не было у нас в стране, только банальная наша непросвещенность (К. М., около 40 лет).

Многие женщины обращаются за консультацией по такому поводу. Основные способы решения проблемы, которые предлагают сексологи, предполагают просвещение с учетом индивидуальных особенностей и особенностей коммуникации в паре. Врач обычно предлагает обсуждать потребности с партнером: «Женщины в парах [говорят]... где же эта прелюдия? Где то, что меня нужно завести? <...> Потому что вопросы оргазма встают. До сих пор не знает, что у меня клиторальный оргазм. Да, почему вы не сообщите ему об этом! Опять же она... информированность, просвещение... не все знают!» (К. М., около 40 лет).

Кроме того, даются рекомендации использования средств, продающихся в интим-магазинах. «Если говорить об интим-магазине, то есть средства, пролонгирующие, продлевающие. Тут можно говорить об эффективном использовании интимной косметики» (К. М., около 40 лет).

Если аноргазмию женщины в молодых парах эксперты связывают преимущественно с нехваткой знаний о сексуальных отношениях (непросвещенностью) и об особенностях друг друга, то в более старших возрастных группах отсутствие оргазма объясняется конфликтами и напряжением, связанным с исполнением гендерных ролей.

Аноргазмия бывает у женщин очень часто... случаи бывали, что дисгармония в семье, конкретно, муж начал пить, деньги перестал приносить, конфликтная ситуация, нагрузки большие на работе, двое детей. ...До этого все было хорошо, вроде сексуальная жизнь не носила принудительного характера, то в последнее время для такой женщины такие отношения стали носить принудительный характер. Она устала работать на работе, с детьми, плюс стрессы с мужем, и вступать в интимные отношения нет уже никакого желания (О. И., около 40 лет).

Проблемы отношений определяются как психологические, и их следует «лечить» психологическими средствами: необходимо восстанавливать отношения: «Поэтому здесь уже приходится работать не чисто на получение оргазма, потому что нет такой точки, нет такой таблетки, которую выпил. Здесь надо разговаривать с мужем, выстраивать отношения в семье, решать проблему чисто вот такого психологического плана» (О. И., около 40 лет). Однако не всегда удается достигнуть результата в семейной паре. Бывают случаи, когда женщины, не испытывая оргазма с мужем, вступают в параллельные отношения: «Находят любовника, живя со своим мужем, и от другого человека они получают больше сексуального наслаждения... если человек больше подходит в сексуальном плане... она отказывается жить с мужем, муж приходит, говорит о том, что она не испытывает оргазма. Начинаешь выяснять, и выясняется, что есть какой-то третий человек на горизонте. Такие случаи есть» (О. И., около 40 лет). Гендерные роли воспринимаются сексологами как разнообразные, и далее мы рассмотрим это подробнее.

Дискуссия о гендерных ролях

Ранее мы выявили, что, исходя из представлений о различиях женской и мужской сексуальности, сексологи признают равенство полов, когда речь идет о потребностях, желаниях и достижении удовольствия. Как видно по описанным выше случаям, отсутствие у женщины оргазма считается проблемой, требующей вмешательства. Женщина не редуцируется до объекта мужского желания, как это часто происходит в публичном дискурсе (см. статью А. Ваньке в данном сборнике). Обсуждаются и проблемы мужчин, далекие от стереотипов мужественности, например влияние стресса,

напряжения, ролей и возраста на снижение потенции и желания. Маскулинность рассматривается как уязвимая и связанная с проблемами здоровья.

Большинство сексологов подчеркивают, что врач не является моталистом. Они допускают разводы и параллельные отношения как способы восстановить или улучшить сексуальную жизнь человека. Это, однако, не означает, что сексологи всегда придерживаются идей гендерного равенства. В некоторых случаях женщины в большей степени оказываются ответственными за качество отношений, влияющих на секс. В интервью с сексологами мы отмечаем лишь незначительное внимание к отношениям партнерства, компромиссам, взаимной поддержке и переговорам. При этом сексологи-женщины проявляют больше внимания к этим аспектам взаимодействий по сравнению с сексологами-мужчинами.

Эксперты иногда воспроизводят стереотипные представления о гендерной асимметрии сексуальности. Мужчины в таком случае рассматриваются как более зависимые от биологии и гормонов, чем женщины, например: «*Мужчина биологически детерминированный... Он активен, он гиперсексуален*» (С. Е., около 55 лет); «*Чаще приходят женщины к психологу, как более существа открытые, с более тонкой душевной организацией. А мужики больше примитивные существа*» (И., около 45 лет). Мы обнаруживаем три типа проблем в интерпретации гендерных ролей.

Во-первых, акцент на ответственность женщины за возникновение и решение проблемной ситуации, например отсутствия мужской эрекции. Среди рекомендаций, которые дает Л. Щеглов по этому поводу, есть и такая: женщина должна знать особенности партнера, желательно в период подготовки воздействовать на эрогенные зоны мужчины, помогать росту его возбуждения, контрацепция — это забота женщины и пр. (Щеглов 2002: 280–282). (Заметим, что в публичных выступлениях Л. Щеглов высказывается как активный сторонник гендерного равенства.) В рассматриваемом выше клиническом случае супружеской пары мужчина описывается как эмоционально уязвимый, а женщина — как не чувствительная к его проблемам, что и порождает ее сексуальную неудовлетворенность и сексуальную дисгармонию пары.

Во-вторых, индивидуальные потребности некоторых мужчин воспринимаются как норма, даже если они наносят ущерб отношениям. В большей степени предполагается, что мужчины могут решать свои сексуальные проблемы, налаживая параллельные связи. В частности, при несовпадении потребностей может прозвучать

такая рекомендация: «*Заведите себе вторую жену и делайте с ней что хотите*» (Ю., около 50 лет). Чаще при этом речь идет о мужчинах (напомним, что пример женщин, которые имеют параллельные отношения, был приведен выше).

В-третьих, мы также обнаружили, что существует тенденция определять мужские проблемы как более конкретные (например, отсутствие эрекции), в то время как проблемы женщин атрибутируются более широкому контексту — ценностям, в соответствии с которыми женщины или избыточно требовательны, или, напротив, не заинтересованы в сексе. В частности, сексологи описывают отсутствие знаний и информации, пуританские установки женщин, которые приводят к отсутствию гармонии в паре.

Надо отметить, что наш материал позволяет говорить лишь об оттенках некоторых высказываний, поскольку установить связь с конкретными клиническими практиками не представляется возможным. Однако в профессиональном дискурсе мы обнаруживаем напряжение между тенденциями либерализма и эгалитаризма в сексуальных отношениях (см. также: Rotkirch, Naavio-Mannila 2000).

Хотя наша выборка является небольшой, она демонстрирует определенный разброс представлений и ценностей. Варьируют и сексуальные идеологии. Так, в отношении гомосексуальности обнаружены разные позиции: три эксперта не одобряют ее, и один предпочитает не консультировать таких пациентов. Феминистский психолог постоянно работает с гомосексуалами, три сексолога высказывали нейтральные суждения, подчеркивая значимость возможности обсуждения самой проблемы. «*Ранее эти темы были табуированы, не каждый мог пойти и обратиться к специалисту*» (С. Е., около 55 лет). Врачи признают самые разные причины гомосексуальной ориентации, которые не всегда согласуются с последними научными данными в этой области, в частности, усматривать их в воспитании в семьях одиноких матерей при отсутствии мужского образца.

Заключение

В данной статье мы рассмотрели некоторые тенденции формирования профессиональной области сексологии в России. Она получила развитие в 1990-х годах, когда произошел переход от сексопатологической трактовки болезней к более широкой интерпретации сексуальных проблем.

Практикующие сексологи признают значимость секса в жизни человека, важность артикуляции, а не замалчивания проблем, если

такие имеются, и ориентируются на помощь в их решении. Сексологи принадлежат к тем профессионалам, которые продвигают и поддерживают либеральные ценности в частной жизни современного человека (так же как, например, гинекологи, продвигающие современную контрацепцию, см. статью А. Темкиной в данном сборнике).

Профессиональное поле находится в процессе институционализации, что часто выражается в отсутствии консенсуса по поводу теорий, терминологии, клинических практик и пр. Для этого поля характерны неустойчивость организационных структур и большая внутренняя гетерогенность. Наше исследование основано на небольшом количестве случаев, и оно не может репрезентировать все поле сексологии в России. Однако даже такое небольшое число случаев свидетельствует о разнообразии подходов.

В фокусе внимания экспертов — невозможность достичь сексуального удовольствия. Профессиональный дискурс о сексуальном здоровье во многом фокусируется на проблемах, связанных с мужской эрекцией и женским оргазмом. Интерпретации задаются теориями половой конституции, гендерных и возрастных различий.

Внутри сексологии существуют разные концепции и разная идеология, признается наличие и доминирование одного из двух подходов — медицинского и психологического. Медики призваны диагностировать болезнь и вылечить ее. В арсенале методов — гормональная терапия, использование массажа и медикаментозного лечения, физиотерапия, а также лечение различных сопутствующих заболеваний и пр. Психотерапевты и психологи ориентируются на анализ личных проблем и проблем взаимодействий, придавая большое значение рефлексии клиентов, осознанию ими своих проблем и выработке навыков совладания с ними. На практике, однако, часто наблюдается совмещение обоих подходов или специализация в соответствии с профессиональной компетенцией.

Мы полагаем, что есть две важные черты сексологии как дискурса и практики. Во-первых, сексология в целом демонстрирует либеральный взгляд на сексуальность и достижение сексуального удовольствия во всех фазах жизненного цикла. Признается важность информации и наличия знаний в данной области как необходимое условие здоровья и благополучия. Во-вторых, в практиках сексологов существует стихийная тенденция ориентироваться на гендерное равенство (исходя из гендерных различий), когда важными считаются индивидуальные особенности и ситуации конкретного человека.

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.

Кон И. (2002). Человеческие сексуальности на рубеже XXI века, в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *В поисках сексуальности*. СПб.: Дмитрий Буланин, с. 24–26.

Мейлахс Н. (2009). Неслышанные переговоры: выбор способа предохранения и отношения между партнерами, в кн.: Здравомыслова Е., Роткирх А., Темкина А., ред., *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 346–372.

Роткирх А. (2010). *Мужской вопрос: любовь и секс трех поколений в автобиографиях петербуржцев*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге.

Снарская О. (2009). Сексуальное образование как сфера производства гендерных различий и конструирования представлений о «нации», в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 51–90.

Темкина А. (2008). *Сексуальная жизнь женщины: между свободой и подчинением*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге.

Кон I. (1995). *The sexual revolution in Russia. From the age of the Czars to today*. New York: The Free Press.

Kontula O. (2004). *Reproductive Health Behavior of Young Europeans. Vol. 2: the role of education and information*. European Population Papers. Series 17. The European Population Committee (CAHP). Council of Europe. Strasbourg, 2004.

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.

Regushevskaya E., Dubikaytis T., Nikula M. et al. (2008). The socioeconomic characteristics of risky sexual behaviour among reproductive-age women in St Petersburg, *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 36, p. 143–152.

Rotkirch A. (2002). Shame, promiscuity and social mobility in Russian autobiographies from poor milieus, in: Humphrey R., Zdravomyslova E., eds., *Biographical perspectives on Eastern European societies*. London: Ashgate, p. 263–298.

- Rotkirch A. (2003). 'What kind of sex can you talk about?': Acquiring sexual knowledge in three Soviet generations, in: Bertaux D., Thompson P., Rotkirch A. *Living Through Soviet Russia*. London: Routledge, p. 93–119.
- Rotkirch A., Haavio-Mannila E. (2000). Gender Polarisation and Liberalisation: Comparing Sexuality in St Petersburg, Finland and Sweden, *Idän-tutkimus — Finnish Journal of Russian and Eastern European Studies*, vol. 3–4, p. 4–26.
- Temkina A., Rotkirch A. (1996). What Does the (Russian) Woman Want? Women Psychoanalysts Talk, in: Haavio-Mannila E., Rotkirch A., eds., *Women's Voices in Russia Today*. Aldershot: Dartmouth Publishing Company Limited, p. 49–70.
- Temkina A., Rotkirch A., Haavio-Mannila E. (2011). Sexual therapy in Russia. Pleasure and gender in a new professional field, in: Hall K., Graham C., eds., *The Cultural Context of Sexual Pleasure and Problems: Psychotherapy with diverse clients*. In print.

Приложение 1 Специальные источники

- Васильченко Г., Ботнева И., ред. (2005). *Общая сексопатология: Руководство для врачей*. 2-е изд. М.: Медицина.
- Васильченко Г., Маслов В., Ботнева И. И. и др. (1983). *Частная сексопатология*. Т. 1, 2. М.: Медицина.
- Исаев Д., Каган В. (1979). *Половое воспитание и психогигиена пола у детей*. Л.: Медицина.
- Кон И. (2010). *Клубничка на березке. Сексуальная культура в России*. 3-е изд. М.: Время.
- Кон И. (1989). *Введение в сексологию*. М.: Медицина.
- Кон И. (1997). *Сексуальная культура в России. Клубничка на березке*. М.: О. Г. И.
- Кон И. (2005). *Сексуальная культура в России. Клубничка на березке*. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Айрис-пресс.
- Кришталь В., Григорян С. (2005). *Сексология: Учеб. пос. М.: ПЕР СЭ*.
- Святош Г. (1974). *Женская сексопатология*. М.: Медицина.
- Щеглов Л. (2003). *Записки сексолога*. М.: Амфора.
- Щеглов Л. (2001). *Сексология*. СПб.: Питер.
- Щеглов Л. (1998). *Сексология и сексопатология. Врачи и пациенты*. СПб.: Культ-Информ-Пресс.
- Щеглов Л. (2002). *Энциклопедия секса, или 1001 ночь с доктором Щегловым*. СПб.: Алетейя.

Приложение 2 Интернет-источники

- Клиника андрологии и гинекологии* (2011): Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.lclinic.ru/content/view/1/2/>. Дата обращения: 15.05.2011.
- Медицинская академия последипломного образования* (2011): Электронный ресурс. Режим доступа: http://www.spbmapo.ru/ru/edu/?one_k=46. Дата обращения: 15.05.2011.
- Яровит* (2011): Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.yarovit-med.ru/aparati-male.php/>. Дата обращения: 15.05.2011.

Приложение 3 Список информантов

- С. Е. — мужчина, около 55 лет. Педиатр, психиатр, психотерапевт, сексолог. Работает в Городском клинико-диагностическом центре репродуктивного здоровья. Слушал курсы по сексологии в ГИДУВе (МАПО) в конце 1970-х годов. Дата интервью: 15.04.2009.
- Н. Д. — женщина, около 50 лет. Сотрудник кризисного центра, консультирующий психолог, кандидат психологических наук, преподаватель вуза. Дата интервью: 16.04.2009.
- И. — мужчина, около 45 лет. Преподаватель факультета психологии, врач-психотерапевт, образование: врач-гинеколог, практикует с 1995 г. Дата интервью: 14.04.2009.
- Ю. — мужчина, около 50 лет. Сексолог медико-генетического центра областной больницы, практикует с 1998 года. Во второй половине 2000-х годов прошел переподготовку в МАПО, имеет диплом сексолога. Базовое образование: уролог-андролог, психиатр. Дата интервью: 18.05.2009.
- Б. — мужчина, 45 лет. Преподаватель вуза, семейный психотерапевт, сотрудник Центра практической психологии, практикует с 1990 года. Базовое образование: психолог. Дата интервью: 20.05.2009.
- О. И. — женщина, около 40 лет. Психиатр, сексолог, кандидат медицинских наук. Имеет диплом сексолога после переподготовки, работает в коммерческом медицинском учреждении. Дата интервью: 29.04.2009.
- К. М. — женщина, около 40 лет. Медицинский психолог (сексолог). Средне-специальное образование «акушерское дело», высшее психологическое образование. Работает в больнице. Дата интервью: 27.11.2009.
- З. У. — мужчина, около 55 лет. Уролог, сексолог, в середине 1980-х годов получил специализацию по сексопатологии у проф. Васильченко, имеет свидетельство, в середине 1990-х годов прошел переподготовку по сексологии, на курсах усовершенствования врачей, кандидат медицинских наук, работает в НИИ медицинского профиля. Дата интервью: 3.04.2010.

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 сожитительство 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 застела. 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 аборт 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 аборт, 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.