



ЕВРОПЕЙСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

**ТРУДЫ ФАКУЛЬТЕТА
ПОЛИТИЧЕСКИХ НАУК
И СОЦИОЛОГИИ**

выпуск

18

ЗДОРОВЬЕ И ДОВЕРИЕ

гендерный подход к репродуктивной медицине

под редакцией Елены Здравомысловой и Анны Тёмкиной

Санкт-Петербург 2009

УДК 613.88
ББК 57.0
3-46

Рецензенты:

Илья Утехин, профессор ЕУСПб, к.и.н.;
Елена Рожественская, профессор кафедры анализа
социальных институтов ГУ ВШЭ (Москва),
ведущий научный сотрудник ИС РАН (Москва), к.ф.н.

Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине:
3-46 сборник статей / под ред. Елены Здравомысловой и Анны Тёмкиной. —
СПб. : Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге,
2009. — 430 с. — (Труды факультета политических наук и социологии;
Вып. 18).

ISBN 978-5-94380-088-7

Дефицит институционального доверия является устойчивой характеристикой российского общества. Особый смысл недоверие к учреждениям и профессионалам приобретает, когда мы говорим о репродуктивном здоровье. Почему люди не доверяют врачам? Почему будущие матери избегают посещения женских консультаций? К каким стратегиям прибегают женщины, чтобы получить надежное медицинское обслуживание? Обращаясь к анализу взаимодействия врача-гинеколога и пациентки, авторы сборника анализируют сложности формирования доверия, роль социальных сетей, материальных ресурсов и индивидуальных знаний, а также проблемы получения сексуального образования и отказа от «абортной культуры» предохранения. Данные темы осмысляются в социологическом ключе, используется гендерный подход к интерпретации здоровья. В книге содержатся также эссе, написанные пациентками-социологами, которые показывают, что современные образованные женщины стремятся контролировать свое сексуальное здоровье, процесс беременности и родов, однако постоянно сталкиваются с многочисленными препятствиями. Данные тексты могут быть интересны как реальным и потенциальным клиентам медицинским учреждениям, так и медицинским работникам.

УДК 613.88
ББК 57.0

ISBN 978-5-94380-088-7

© Коллектив авторов, 2009
© Европейский университет
в Санкт-Петербурге, 2009

Содержание

<i>Елена Здравомыслова, Анна Тёмкина</i> Введение. Гендерный подход в исследовании репродуктивных практик	7
Часть 1	
ДИЛЕММЫ СЕКСУАЛЬНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ И ПРАКТИКИ АБОРТОВ	
<i>Мишель Ривкин-Фиш, Виктор Самохвалов</i> Сексуальное образование и развитие личности: переосмысление профессиональной власти	21
<i>Ольга Снарская</i> Сексуальное образование как сфера производства гендерных различий и конструирования представлений о «нации»	51
<i>Анна Тёмкина</i> Половое просвещение как моральное воспитание (позднесоветские дискурсы о сексуальности)	90
<i>Елена Здравомыслова</i> Гендерное гражданство и абортная культура	108
<i>Виктория Сакевич</i> Проблема аборта в современной России	136
Часть 2	
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С МЕДИЦИНОЙ: ДЕНЬГИ, ЗНАНИЯ, СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ	
<i>Полина Аронсон</i> Стратегии обращения за медицинской помощью и социальное неравенство в современной России	155
<i>Елена Здравомыслова, Анна Тёмкина</i> «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине	179

<i>Ольга Бредникова</i>	
Покупая компетенцию и внимание: практики платежей во время беременности и родов	211
<i>Дарья Одинцова</i>	
«Культурная пациентка» глазами гинеколога	234
<i>Екатерина Бороздина</i>	
«Правильная» беременность: рекомендации медиков и советы обывателей	254

Часть 3

САМОЭТНОГРАФИЯ: ДНЕВНИКИ И ЭССЕ ПАЦИЕНТОК-СОЦИОЛОГОВ

<i>Лиля Дрига</i>	
Беременность и медицина: заметки на полях	279
<i>Ольга Сенина</i>	
«Сохранение беременности»: опыт стационарного лечения	324
<i>Елена Петрова</i>	
Две недели в роддоме: ожидание и роды	344
<i>Анна Адрианова</i>	
Где пациенту хорошо: посещение гинеколога	369
<i>Ольга Ткач</i>	
Опыт пребывания в хирургическом отделении: лечение как испытание	393
<i>Ольга Сенина</i>	
В поисках «правильного врача», или История одной болезни	408

Приложения

РАБОЧИЕ МАТЕРИАЛЫ ПРОЕКТОВ

<i>Приложение 1.</i> Описание проекта «Безопасность и обеспечение репродуктивного здоровья в России»	417
<i>Приложение 2.</i> Инструкция и путеводитель интервью с гинекологами-акушерами	419
<i>Приложение 3.</i> Инструкция и путеводитель для женщин-клиенток/ пациенток медицинских учреждений сферы репродуктивного здоровья	423
<i>Приложение 4.</i> Инструкция для сеанса наблюдения в медицинском учреждении	427
Список сокращений	428
Справка об авторах	430

Введение

ГЕНДЕРНЫЙ ПОДХОД В ИССЛЕДОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАКТИК

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Введение

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

Елена Здравомыслова и Анна Тёмкина

Часть 1

**ДИЛЕММЫ
СЕКСУАЛЬНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ
И ПРАКТИКИ АБОРТОВ**

Мишель Ривкин-Фиш, Виктор Самохвалов

СЕКСУАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ: ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ВЛАСТИ¹

Введение

Для социологического анализа здоровья важно показать, что систематическое образование по вопросам здоровья и сексуальное образование играют гораздо более важную роль, чем просто обеспечение объективной информацией о телесных процессах и поведении. С помощью педагогических мер эксперты пытаются воздействовать на представления людей о верном и неверном и повлиять на их поведение в соответствии с определенными культурными представлениями о морали, ответственности и достоинстве. Те практические подходы, которые эксперты используют для обучения здоровому образу жизни, отражают их собственные взгляды на ряд существенных вопросов — об эффективных способах достижения изменений в поведении людей, об отношениях с медицинскими экспертами, а также о приемлемых способах выражения своей профессиональной власти.

В этом эссе рассматривается изменение педагогических подходов в области пропаганды сексуального и репродуктивного здоровья в Санкт-Петербурге, произошедшее после распада Советского Союза. Репродуктивное здоровье оказалось в фокусе внимания медицинской и более широкой общественности из-за таких негативных факторов, как многочисленные осложнения в ходе беременности и родовые травмы у новорожденных, частота аборт, в два раза превышающая частоту рождений, лавинообразный рост заболеваний/инфекций, передаваемых

¹ Перевод И. Тартаковской.

половым путем (ЗППП/ИППП)². Российские гинекологи и психологи оказались «на переднем крае» битвы за улучшение здоровья женщин и детей в ситуации углубляющейся бедности и нехватки ресурсов. Работникам здравоохранения в условиях, когда государство не могло обеспечить населению социальную поддержку, приходилось действовать по принципу «спасение утопающих — дело рук самих утопающих». Эта поговорка отражала болезненное чувство покинутости, которое испытывали медики. На фоне фрустраций и трудностей экономических реформ, в середине и второй половине 1990-х гг. несколько энтузиастов из числа петербургских врачей предприняли попытку улучшить женское здоровье с помощью создания при своих клиниках просветительских курсов. Лекции на этих курсах предназначались как для подростков, так и для врачей и были направлены на продвижение нового знания по проблемам сексуальности и здорового образа жизни и на поддержку новых форм поведения, развивающих личность.

На этих курсах применялись различные подходы в зависимости от профессиональной принадлежности и личного мировоззрения врача/преподавателя. Хотя все преподаватели разделяли мнение о необходимости морального возрождения человека и уделяли много внимания развитию *личности и культурности*, гинекологи и психологи по-разному интерпретировали эти понятия. В частности, когда гинекологи призывали молодых женщин «поднять свой культурный уровень» в области сексуального поведения и личной гигиены, они часто стыдили тех, кто имел добрачный сексуальный опыт или делал аборт. В их лекциях ключевыми были понятия физической и моральной чистоты. Гинекологи подчеркивали необходимость строгого подчинения предписаниям экспертов для того, чтобы иметь здоровое тело и морально допустимые отношения с другими людьми.

² Материнская смертность в 1997 г. составляла 50,2 на 1000 человек, что почти в 7 раз больше, чем в США (Notzon et. al. 1999: iv). В том же 1997 г. на 1000 рождений приходилось 2016 абортов (Popov and David 1999: 233). Распространенность заболеваемости, например, сифилисом в 1997 г. составляла 277,6 на 100 000 человек, что в 64,5 раза превышает показатели 1989 г. — 4,2 (Tichonova 1997; Вишневский 2000: 85–86). Гонорея и хламидиоз также стали сильно распространенными. И хотя лишь немногие россияне в середине 1990-х гг. считали, что СПИД может представлять для страны серьезную угрозу, они постоянно получали предупреждения от мировых экспертов, что вспышка распространения вируса в России очень вероятна.

Психологи же продвигали другие формы социального контроля. На лекциях для женщин они настаивали на важности самопознания пациента, ставили цель помочь людям в личностном развитии для того, чтобы они сами могли принимать разумные решения по вопросам сексуальности и репродуктивности. С точки зрения психологов, аборт и ЗППП являлись симптомами психологических дефектов, возникших вследствие подавления сексуальности и индивидуализма в советской системе. Развитие личности, таким образом, рассматривалось как средство излечения социальных и психологических травм, нанесенных индивидуумам советской системой.

Эмпирические данные и цели исследования

Эссе опирается на два типа данных. В первой части представлен материал, собранный М. Ривкин-Фиш, культурным антропологом, проводившей с 1994 по 2000 г. (в общей сложности в течение 16 месяцев) полевую работу в клиниках и школах Санкт-Петербурга, где врачи читали подросткам лекции о репродуктивном здоровье. В этой части текста рассматриваются различия в педагогических подходах гинекологов и психологов, которые пытались повлиять на личностные моральные изменения молодежи. Во второй части представлена работа, выполненная доктором В. Самохваловым. Вдохновленный трудами Михаила Балинта, венгерского психотерапевта, который развивал методы групповой терапии, призванной помочь врачам преодолеть эмоциональные трудности при работе с пациентами (Balint 1961, 1964), Виктор Самохвалов в середине 1980-х гг. начал вести группы по методике Балинта с российскими терапевтами, а с начала 1990-х — с гинекологами. Его лекции были построены на опыте работы с этими группами и на его идеях об отношениях врача и пациента, которые он развивал на протяжении более чем тридцати лет своей профессиональной деятельности. В частности, его работа с гинекологами была сфокусирована на важности понятия «личность» как концептуального инструмента для взаимодействия экспертов с пациентами в области репродуктивного и сексуального здоровья. В образовательной работе с молодежью и с профессионалами психологический концепт «личность» используется для переосмысления отношений «врач—пациент» и для продвижения новых форм профессиональной власти, в меньшей мере основанной на эксперт-

ном доминировании и в большей степени побуждающей пациентов к самореализации.

Гинекологи и психологи, чьи подходы описываются в этой статье, работали в нескольких городских клиниках и школах Санкт-Петербурга в середине 1990-х гг. Этнографические примеры, приведенные в этой статье, отобраны Ривкин-Фиш из большой выборки, состоявшей из тринадцати лекций, прочитанных подросткам, взрослым и работникам здравоохранения в клиниках и школах в рамках специальных образовательных программ. Протяженность лекций варьировалась от 30 минут до двух часов, они записывались автором статьи на диктофон и затем транскрибировались. Ривкин-Фиш брала интервью с этими преподавателями и другими работниками здравоохранения, а также проводила включенное наблюдение в роддомах Санкт-Петербурга и женских консультациях. Во время полевых исследований она познакомилась с доктором Самохваловым, посетив его клинику в 1994 г., и с этого момента они осуществляли постоянный обмен мнениями по поводу проблем взаимоотношений врача и пациента, полового образования и необходимости признания роли понятия «личность» в формальных и неформальных сферах медицинской деятельности. С социологической точки зрения подход Самохвалова может репрезентировать возрастание популярности применения психологических принципов в медицинском образовании, о чем свидетельствует, например, интерес, проявленный психологами к фактору эмоционального состояния клиентов, и недавно опубликованный текст «Психология здоровья» (Никифорова 2006).

Предпринятое сравнение взглядов гинекологов и психологов на курсах сексуального образования служит материалом для рассмотрения теоретического вопроса об интерпретации профессиональной медицинской власти.

Социологическое исследование взаимодействия «врач—пациент»

Изучение взаимоотношений врачей с пациентами в социальных науках все больше фокусируется на понимании способов, с помощью которых медицинское экспертное знание практикует и легитимирует свою власть. Изучив историческую и современную динамику этих процессов во Франции и Западной Европе, Мишель Фуко (Foucault

1973, 1980) и Пьер Бурдьё (Bourdieu 1977, 1990, 1994) предложили теоретические рамки для развития критического взгляда на то, как профессиональная экспертиза становится ключевым каналом так называемой современной (modern) власти³.

Фуко утверждал, что приход либеральных демократий в Западную Европу XVIII столетия коренным образом изменил пути проявления власти. Через дискурсы, обещающие гражданам свободу и права, эти режимы минимизировали обычное, открытое применение репрессивной власти над людьми, которое было характерно для предыдущих способов правления. В то время как новый, либеральный способ правления провозглашал полное отсутствие властной иерархии в отношениях между государством и обществом, или, более точно выражаясь, — передачу власти «народу», Фуко показал, как либеральное правление создает новые условия для установления властных отношений. Применение власти стало менее очевидным и менее ощущаемым в повседневной жизни, но отнюдь не исчезло. Создание и использование экспертного знания выступает главной формой дисциплинирования и контроля над людьми. Как индивидуальные тела, так и тело общества стали важными аренами, на которых развертывалось применение знания/власти — не только со стороны государств, но и со стороны экспертов и институтов, учреждающих стандартизацию, нормализацию и порядок. Фуко назвал власть/знание, получаемую через дисциплинирование и контроль над индивидуальными и социальными телами в таких аспектах, как их жизненные циклы и репродуктивные процессы, *биовластью*. Биовласть стала целью политических режимов и экспертов. С ее помощью они получали право и ответственность для измерения, наблюдения и вторжения в разнообразные сферы жизни с целью улучшения качества как населения, так и индивидуумов во имя общесоциального блага, включая здоровье и благосостояние. Например, экспертные дискурсы часто рассматривали личность («self») как объект предписаний «нормальных» способов поведения, определенным образом проявляемая забота о самом себе вменялась современным гражданам в ответственность. Использование биовласти, таким образом, должно было приниматься не как принуждение, а скорее как нечто выгодное и необходимое

³ Среди работ американских ученых, занимавшихся этой темой, следует упомянуть имеющую марксистские корни критику таких авторов, как Иллиш (Illich 1976) и Наварро (Navarro 1977).

(Foucault 1980; Lupton 1995; Petersen and Bunton 1997; Lock and Kaufert 1998).

Пьер Бурдьё сравнивал разные способы применения власти, а также разные эффекты воздействия «грубой» или, напротив, «харизматичной» власти, влияющие на готовность людей поддерживать status quo. Опираясь на этнографическое исследование, проведенное в Алжире, он описал способы функционирования «грубой» власти, когда должностные лица кричат, бранят и ругают людей для того, чтобы доминировать над ними (Bourdieu 1977: 189–190). Во Франции, напротив, Бурдьё обнаружил более «мягкие» способы функционирования власти, при которых доминирование, осуществляемое с помощью экспертов, принимается добровольно. Важным результатом действия этой власти является добровольное подчинение непрофессионалов властным претензиям экспертов — феномен, который Бурдьё объяснял тем, что первые не распознают стоящую за последними власть государства (Bourdieu 1994). Когда пациенты воспринимают лицензию профессионала как знак его/ее индивидуального таланта и мастерства, они тем самым имплицитно признают легитимность государства как верховного агента экспертизы и ответственности. Государственные лицензии служат для профессионалов своего рода «сертификатом харизмы», превращая человека в добросовестного целителя (Bourdieu 1990: 138, 1994: 11–12). Бурдьё показывает, что лицензия утверждает соответствие данного человека требованиям государственной бюрократии с ее достаточно спорными или, по меньшей мере, неполными критериями экспертных стандартов. С помощью таких процессов, как рутинное нераспознавание механизмов власти, приживаются и воспроизводятся объективные условия неравенства. В российском контексте ситуация была противоположной (Rivkin-Fish 2005). Пациенты изначально ожидают, что врачи равнодушны к их нуждам и всеми силами стараются ускользнуть от ответственности за свою работу. Эти особенности были связаны как раз с принадлежностью врачей к официальной системе здравоохранения, которая, в свою очередь, воспринималась как воспроизведение в миниатюре всей «нашей системы» — делегитимизированного, разрушенного, но все еще влиятельного советского государства. Переворачивая концепт Бурдьё, Ривкин-Фиш утверждает, что в глазах многих российских пациентов лицензии врачей как медицинских экспертов — как свидетельство их связи с государством — не только не вызывали доверия, но, напротив, приводили к навязчивым подозрениям, что они будут воспроизводить

негативные практики, ассоциировавшиеся с государственной системой. Их государственные лицензии представляли собой сертификаты, *лишенные харизмы*.

Культурная антропология развивает эту линию исследований с помощью этнографического изучения механизмов, через которые медицинские авторитеты добиваются того, чтобы выглядеть легитимными в глазах женщин и мужчин в разных социальных контекстах. Феминистски настроенные ученые, в частности, ставят вопрос о том, почему женщины подчиняются экспертным предписаниям и медицинским интервенциям, почему они ценят медицинские технологии, несмотря на то что научные дискурсы часто унижительны и дегуманизированы по отношению к женским телам и личностям⁴.

В работах Фуко фигурируют в основном западноевропейский и американский контекст. Исследование Ривкин-Фиш, проведенное в 1990-е гг. (Rivkin-Fish 2005), посвящено тому, как институциональная рамка социалистической системы здравоохранения, связанного с материнством, влияла на реализацию медицинской власти и на переговоры по поводу ее применения. Под влиянием советской патерналистской идеологии формы медицинского доминирования в России были различными: иногда оно принималось добровольно, но часто навязывалось открытыми репрессивными методами, что и привело к широко распространенной подозрительности и недоверию по отношению к официальной системе здравоохранения. Например, врачи часто обвиняли женщин-пациентов и внушали им чувство вины и страха в качестве средства обретения над ними контроля (Humphrey 1983; Field 2007). Даже тогда, когда российские врачи старались внушить пациентам чувство комфорта, демонстрируя им свое внимание и заботу об их благополучии, эта тактика была нацелена на то, чтобы сохранить авторитет и влияние терапевта, а не на то, чтобы достигнуть идеала равенства или изменить властные отношения между врачами и пациентами (что предполагают западные демократические теории). Многие российские женщины стремятся получить доступ к «добросовестной» форме медицинской власти, избегая официальных каналов получения помощи и опираясь на не-бюрократические отношения родства, дружбы или денежного обмена. Достижение желаемых форм медицинской

⁴ См., напр.: Martin 1987; Ginsburg 1989; Davis-Floyd 1992; Inhorn 1994; Ragone 1994; Fraser 1995; Ginsburg and Rapp 1995; Lock and Kaufert 1998; Rapp 1999; Kahn 2000.

власти и этически корректных форм заботы связывалось с необходимостью избегания бюрократической власти государства.

Социологический анализ медицинской власти, следующий линии Фуко, демонстрирует, что если эксперты в области медицины вмешиваются в вопросы социального характера, то политические и экономические причины болезни отодвигаются в тень (Lock and Kaufert 1998). «Медикализация» социальных проблем препятствует критическому пониманию эксплуатации и подчинения власти теми группами людей, которых они касаются. Однако тотальный портрет «медицины как власти» не исчерпывает разных вариантов, поэтому здесь осуществляется выделение различных типов власти, практикующихся в здравоохранении, и разного воздействия на женщин-пациенток. Изменения, происходящие в системе женского здравоохранения в России в течение 1990–2000-х гг., заставляют тщательно подходить к изучению таких нюансов. Например, позиционирование секса либо как источника опасности и моральных проблем, либо как источника удовольствия людьми, ответственными за просвещение, влияет на определение допустимых практик с точки зрения профессионального авторитета.

Если гинекологи часто обвиняют сексуально активную молодежь в безнравственном поведении, то в рамках психологического гуманистического подхода внимание фокусируется на столкновении индивидуальных желаний и социальных запретов. Это позволяет психологам отказаться от обвинения сексуально активных женщин, признавая, что проблемы у них возникают даже при условии «безопасного секса».

Институциональный и идеологический контекст сексуального образования

Так же как и в большинстве стран мира, в России далеко не безусловно понимается и принимается необходимость сексуального образования для школьников и подростков. Как указывает известный социолог И. Кон, многие представители старшего поколения, как и те, кто выступает против либерализации общества, выражают открытое неприятие инициатив в области сексуального образования⁵. По мере того

⁵ И. Кон и Дж. Риордан (Kon and Riordan 1993: 40) приводят следующие данные опросов общественного мнения, проведенные в начале 1990-х гг.,

как стали накапливаться данные о снижении рождаемости, консервативные и националистические организации все чаще изображают сексуальное образование как спонсируемые из-за рубежа кампании, которые ускоряют вымирание нации, обучая русских детей «отказываться от деторождения» (Медведева и Шишова 2000). Ирония в проведении этих кампаний заключалась в том, что российские программы планирования семьи при этом не продвигали западное понятие «свободы», но скорее подчеркивали необходимость возрождения моральной чистоты, укрепления семьи и проявления сексуальности только в рамках брачных уз.

Находясь в контексте неприятия сексуального образования, гинекологи и психотерапевты, которые им занимались, оказались уникальной по своей мотивированности группой. В беседах с нами они с энтузиазмом и настойчивостью говорили о своей миссии, считая ее своим призванием⁶. Специалисты в качестве базы использовали государственные больницы и амбулаторные клиники, в которых работали сами. Вплоть до конца 1990-х гг. преподаватели в сфере сексуального образования осуществляли просветительскую деятельность в близлежащих школах, администрация которых ожидала, что врачи смогут дать учащимся «правильные», авторитетные знания по поводу

по поводу желательности уроков полового образования в школах. На вопрос о том, должны ли эти уроки быть включены в расписание для школьников 11–12 лет, положительно ответили 61 % женщин и 58 % мужчин. При этом в группе респондентов моложе 25 лет доля положительных ответов составляла 80 %, а в группе тех, кто старше 60, — только 38 %. Хотя в нашем распоряжении нет более новых исследований на эту тему, весьма агрессивные негативные кампании по поводу полового образования со стороны православной церкви заставляют предположить, что вряд ли доля положительных ответов могла вырасти.

⁶ Отношение к инициативам можно сопоставить с отношением к общественным службам, занимавшимся просвещением в области здоровья при советском режиме. В то время терапевтам предписывалось вести так называемую просветительскую работу, которой они побаивались, поскольку им приходилось говорить на далекие от медицины темы в контексте идеологически нагруженной «общественной работы». После того как были отменены партийные директивы, касающиеся содержания всех видов обучения, образование в области половой морали больше не ассоциировалось у врачей с «просветительской работой» в советском смысле слова и стало восприниматься некоторыми из них как интересная и нужная деятельность.

сексуальности. Не имея ни разработанной учебной программы, ни официальных указаний (а также бюджета для поддержки своей деятельности), преподаватели собирали материал, пользуясь своими домашними библиотеками и помощью благотворителей — западных гуманитарных организаций, миссионеров, коммерческих фирм. В некоторых случаях они принимали помощь от международных организаций, борющихся против аборт, таких как «Focus on the Family» и «Human Life International». Идеология поддержки семейных ценностей и духовного обновления способствовала легитимизации работы преподавателей. Международные организации помогали некоторым женским консультациям, финансируя ремонт, покупку расходных материалов, комфортабельной мебели, видеоаппаратуры, а также обильно снабжая литературой и фильмами о вреде аборт. Поэтому экономически в более выгодном положении оказывались те, кто продвигал семейные ценности и антиабортную политику, по сравнению с теми, кто делал акцент на «правах женщин» или их сексуальной автономности. Поскольку публичная критика на протяжении всех 1990-х гг. (и еще более в 2000-е) утверждала, что сексуальное образование, продвигая контрацепцию и тем самым снижая рождаемость, угрожает жизни нации, гинекологи и психологи в своих занятиях сосредоточивались на проблемах укрепления семьи и индивидуальной морали (они сами искренне разделяли эти ценности), и это было важным способом оправдания их деятельности.

Гинекологи и утверждение идеи материнской ответственности

Многие из лекций, прочитанных в системе сексуального образования, воспроизводили (по меньшей мере, частично) советские дискурсы полового воспитания, или воспитания половой морали. Например, некоторые преподаватели подчеркивали необходимость дисциплинировать «гигиеническое» поведение молодых женщин, призывая их заботиться о своем теле как о средстве будущей репродукции. Сам процесс полового акта и зачатия обычно не описывался, а женское тело позиционировалось как сосуд, судьбой предназначенный для материнства. В этом контексте гинекологи интерпретировали аборт как опасный, поскольку он угрожает потенциальному материнству и этически допускает отказ от потенциальной заботы о ребенке. Гинекологи продолжали традицию советского обвинения женщин, исполь-

зую стратегии запугивания в пропаганде заботы о здоровье. Этот подход иллюстрируется одним из наблюдений, сделанных Ривкин-Фиш в ходе полевой работы в 1993 г.: в помещении, где пациентки женской консультации ожидали приема врача, на стенах были развешаны цветные фотографии абортированных зародышей. Когда исследовательница спросила зам. директора консультации, почему эти фотографии развесили именно там, где сидели женщины, ожидающие процедуру аборта, та ответила буквально следующее: «Мы надеемся, что они передумают» (Rivkin-Fish 1994).

Анастасия Павловна⁷, женщина около 45 лет, была одним из тех гинекологов, кто активно участвовал в программе сексуального образования в своей клинике в середине 1990-х гг. В лекциях она использовала тактику обвинения и вводила для этого в оборот концепты, которые почерпнула из идеологического багажа глобального движения против аборт. В отличие от традиции советского времени, она описывала зародыш как уже существующую личность и называла аборт убийствами. Беседуя с группой молодых женщин в своей клинике, она, с одной стороны, давала им информацию о том, что в их клинике делают аборт, а с другой — запугивала их, рассказывая им о том, чем «на самом деле» заканчивается эта процедура.

Медицинский аборт делается до 12 недель беременности. Ребенок уже достаточно большой... В 12 недель на микроснимке там уже видно все: головка, тельце, ручки, ножки. И я этой девочке говорю: «Я тебе его не покажу». Потому что он как узник в одиночной камере ждет применения смертного приговора в исполнение. Это ребенок, у которого вся его короткая жизнь — это сплошное страдание, боль, слезы, которых мама не слышит.

Этот подход является своего рода отзвуком того дискурса вины, который был общепринятым в пропаганде здорового образа жизни и антиабортной литературе в советскую эпоху, но одновременно Анастасия Павловна использовала риторические приемы, не свойственные советскому материализму и атеизму. Она присваивала зародышу личностные свойства и убеждала слушателей, что начиная с 5-го месяца беременности аборт — это «грех перед Богом». На лекции она предупреждала женщин, что не только аборт, но даже и нежела-

⁷ Здесь и далее используются псевдонимы.

тельные беременности могут влиять на жизнь другой личности, и утверждала, что «младенцы» в утробе страдают, если чувствуют себя нежеланными.

Я всегда девочкам объясняю: ты должна понять, что ребенок — как узник. Он прекрасно себя чувствует в райском уголке только тогда, когда он понимает, что он нужен. Если же он понимает, что он не нужен, с каждой минутой, с момента зачатия он уже несчастен.

Анастасия Павловна и другие гинекологи уговаривали молодых женщин не делать аборты, конструируя образ зародыша как сознательной индивидуальности, обладающей эмоциями и способностью страдать. С этими аргументами связано хорошо известное представление о том, что женщины, сделавшие аборт, отвергают свою материнскую сущность и лишаются морального права вести «культурную» жизнь. Женщины должны понимать, что материнство является ожидаемым следствием половой жизни, и гинекологи увещевали своих юных слушательниц сознательно относиться к этой морали, когда они принимают решение о том, вступать или нет в половую связь. В данной идеологии воспроизводится имеющее давнюю традицию продвижение дисциплины, ответственности и «культурности»: такие преподавательские стратегии пытаются регулировать поведение индивида с помощью чувства вины, упреков и апелляции к моральным абсолютам.

Несмотря на негативное отношение к абортам, эти преподаватели не сообщали информацию ни о способах контрацепции, ни о том, как лучше ими пользоваться, ни о возможных рисках при их использовании или степени надежности того или иного средства. Хотя вопросы предохранения упоминались спорадически, между делом, но контроль над рождаемостью часто позиционировался как легитимное средство, которое допустимо, только если отношения между половыми партнерами не стабильны. Как выразилась Анастасия Павловна,

бывают девочки: «Ой, я не знаю, что с ним делать. Я его очень люблю, а он вот неверный». Я не могу ей говорить: «Да зачем, да как же так?» — это бесполезно. Тогда я ей говорю: «Если ты никак не можешь перешагнуть и не в ладах с разумом — тогда, пожалуйста, презерватив». Это единственное средство предохраниться от ЗППП и беременности.

В этом комментарии контроль рождаемости конструируется как средство, необходимое в тех печальных ситуациях, когда иррациональные порывы страсти и желания не оставляют места для более разумного поведения. Имплицитно презерватив здесь символизирует средство защиты, необходимое, когда отношения не соответствуют ожидаемой лояльности и порядочности партнеров⁸. Об отношениях, которые не становятся основой брака и семьи и для которых важным моментом является необходимость предохраняться от беременности, Анастасия Павловна говорит как о нежелательных и достаточно безнравственных. Идея о том, что беременности вообще, при любых обстоятельствах, могут и должны планироваться, не входила в логику борьбы против аборт. Этот дискурс, имеющий сходство с лекциями о «семейной гигиене» 1960-х гг., в брошюрах и литературе (см.: Field 2007) рассматривает секс лишь как неизбежный шаг на пути к материнству. Тем же, кто не хотел подчиняться этим императивам, говорилось, что все проблемы остаются на их собственной совести.

Психологи и развитие индивидуальных личностных качеств

Дарья Николаевна, психотерапевт, в возрасте 30 с лишним лет, рассматривала проблему абортов иначе. Ривкин-Фиш познакомилась с ней в 1995 г., когда она вела уроки сексуального образования для школьников и особенно интересовалась темой предотвращения абортов. Она объясняла широкое распространение абортов кризисом межличностных отношений и домашними конфликтами, деградацией семейных отношений, недостатком взаимной любви и понимания между супругами и в конечном счете неадекватным моральным воспитанием. Для улучшения здоровья, утверждала она, нужно совершенствовать систему морального воспитания мужчин и женщин, чтобы у них было развито чувство самосознания («self») и чтобы они могли выполнить свои гендерно предопределенные природные «функции». «Мы должны фокусироваться на семейной гармонии, на межличностных отношениях», — объясняла она.

Дарья Николаевна, как и остальные психологи, с которыми автору приходилось общаться по ходу исследования, связывала развитие

⁸ По поводу аналогичной дискуссии в американском контексте см.: Ginsburg 1989; Sobo 1995.

личности с необходимостью воображаемого «возвращения» к эссенциалистски понимаемым гендерным идентичностям. Восстановление традиционных норм маскулинности, фемининности и гендерных отношений воспринималось ею как необходимая часть развития аутентичной, полностью развитой личности. Эта культурная логика отражает более общие критические представления, сложившиеся в советском обществе в середине 1960-х гг., в рамках которых более ранняя политика, направленная на эмансипацию и половое равенство женщин и мужчин, обвинялась в том, что она способствовала моральной деградации семейной жизни и общества в целом (Funk and Mueller 1993; Goldman 1993; Rivkin-Fish 1999; Здравомыслова и Тёмкина 2002).

Будучи чувствительной к тем сложным вызовам, с которыми приходится сталкиваться женщинам в отношениях с мужьями и на работе, к их осознанию своей идентичности и серьезным экономическим ограничениям, Дарья Николаевна не обвиняла их за то, что они делают аборты. Она посвятила себя процессу морального воспитания для того, чтобы молодые взрослые, входя в жизнь, обладали эмоциональной отзывчивостью и силой, необходимой для выстраивания осознанных отношений и семьи:

Аборт аморален, это убийство. Но это одновременно и очень сложная этическая проблема. Проблема заключается в том, что при наших нынешних условиях я не могу сказать женщине: «Ты убиваешь своего ребенка». Это очень сложно, нам надо подвести людей к тому, чтобы они сами это поняли с моральной точки зрения. Ты не можешь привести человека к таким моральным выводам, запретив аборты, это не будет работать... Воспитание личности начинается даже еще до зачатия. Поэтому так важно подготовить людей к тому, что они будут родителями, воспитать их. Это вопрос того, как папа и мама друг к другу относятся. Мы их должны просвещать.

Взгляд Дарьи Николаевны весьма существенно отличается от рассмотренного выше, свойственного таким гинекологам, как Анастасия Павловна. Психологический подход, направленный на развитие личности, нацелен на то, чтобы помочь осознать молодым людям необходимость заботиться о своем теле и планировать обеспечение своего здоровья, а также развивать сензитивную коммуникацию между супругами. Концентрация на личности пациента или слушателя курсов (а не на зародыше) смещает профессиональный подход с тактики обе-

спечения здоровья путем запугивания, упреков и обвинений в направлении того, как помочь людям поверить в способность контролировать свою жизнь.

Рекомендации по личностному развитию означали, что психологи не рассматривали себя как учителей, которые должны дать учащимся конкретные инструкции (такие, например, как ответы на вопрос «когда можно начинать сексуальную жизнь?»). Вместо этого специалисты должны помогать молодым людям понимать себя и полагаться на свои знания о себе. Они конструировали свой профессиональный авторитет как источник поддержки, а не как всезнающую паттерналистскую власть эксперта, которого необходимо уважать и которому следует подчиняться.

Предотвращение болезней через развитие моральной личности

И гинекологи, и психологи разделяли глубокое убеждение в том, что отмена цензуры привела к неконтролируемому публичному дисплею сексуальности в медиа, который, в свою очередь, вызвал новые и весьма серьезные угрозы. Фильмы с откровенно сексуальным содержанием показывали по телевидению в любое время, ток-шоу вращались вокруг детального обсуждения разных возможных форм секса, горы порнографической литературы были доступны буквально на каждом углу — и все это привело к стремительному распространению ЗППП и связанных с ними проблем в области здоровья. Врачи видели в этом знак морального хаоса — деградации индивидов, семей и в конечном итоге нации. Оказавшись перед лицом необходимости начала кампании, направленной на восстановление моральных границ в условиях сексуального «помрачения», порожденного рыночным обществом, просветители в области здравоохранения увидели свою задачу в том, чтобы формировать моральную личность у молодых людей. Но и в этом отношении понимание ситуации гинекологами и психологами различалось. Для многих гинекологов хаос происходил в самих людях, чьи моральные свойства оказались настолько испорченными, что они стали персонифицировать собой потерю социального контроля и деградацию; другие же участники образовательного проекта, такие как соавтор этой статьи Самохвалов, идентифицировали опасности с обществом, но все же искали решение этой проблемы и защиты от хаоса в моральном личностном развитии.

Для гинеколога Анастасии Павловны недостаток культурности и разложение моральной чистоты наиболее ярко проявили себя в одном из главных примеров распада и испорченности — а именно в проституции. Обсуждая решение вступить в половую связь, она предупреждает:

Я иногда с девочками говорю: «Вот, записываю, какое количество партнеров?» — «Не знаю». — «Ну, как — пять, десять, пятнадцать?» — «Ну, более тридцати». Я говорю: «Вообще, это уже можно назвать профессией, если честно. Если ты не хочешь, чтобы я назвала это профессией, тогда ты должна набраться мужества и выслушать от меня то, что я считаю нужным».

С помощью этого комментария Анастасия Павловна понуждает молодых женщин развивать культурное отношение к своему телу и межличностным контактам, которое она называет «самоотчетностью». Правильное отношение, говорит она, должно вести к половой чистоте, моральности и счастью, а отступление от него обязательно ведет к потере любви, социального признания, семьи, а иногда и самой жизни.

И если будет чувство самоценности, что это я, я такая, одна-единственная, влагалище — это часть меня, это первый путь, по которому пройдет мой любимый человек, т. е. он только может войти в этот мир, и только мой ребенок пройдет по этому пути, тогда гарантия счастья вам обеспечена. Но если влагалище превращается, как у многих девочек, буквально, простите меня за грубое сравнение, в проходной двор, где гуляет не только сквозняк, а гуляют потом эти ЗППП — заболевания, передающиеся половым путем, то не будет никогда у вас контакта со своим ребенком. Никогда.

Осознавая всю величину опасности, перед которой оказываются женщины, вовлеченные в многочисленные сексуальные связи, Анастасия Павловна предупреждала девочек, что они рискуют потерять любовь своего будущего ребенка, если заразятся ЗППП. Здесь она воспроизводит советский дискурс обвинения, чтобы продвинуть моральные стандарты самодисциплины и сексуальных ограничений. Ее высказывания полны ужасающих образов патологий и болезней, с помощью которых она описывает зараженные женские тела, когда говорит о том, что ЗППП бывают смертельными:

И я девочкам иногда говорю: «Если ты такой любитель и секс для тебя хобби, тогда ты должна знать, что ничего, кроме в книгу рекордов Гиннеса, мы никак не попадем, а вот могильный крест — это близко. Почему? Потому что у нас сейчас гинеколог работает каждый день и я вижу сифилис у подростков не реже, чем два раза в неделю»⁹.

Психологи также всячески старались разубеждать молодых женщин начинать раннюю половую жизнь. В их лекциях перечислялись многочисленные опасности, угрожающие женщинам, — от ЗППП и нежеланной беременности до эмоциональной травмы, связанной с предательством и сексуальным насилием. Но все же психологический подход не предполагал тактики обвинений, вместо этого лекторы старались привести аудиторию к пониманию тех рисков и соблазнов, которые влияют на жизнь молодых женщин. Из лекций Самохвалова слушатели скорее могли получить представление об эмоциональных конфликтах, с которыми им приходилось сталкиваться, и стратегиях, которые они могли использовать, чтобы разрешить их, чем о том, что сексуальная активность неизбежно приведет девушку к моральной деградации и проституции. Он старался дать юным женщинам понятие о том, какие манипулятивные стратегии могут использовать мужчины.

Если принять во внимание контекст, в котором образование в основном оставалось карательным и угрожающим, то эти объяснения имели совершенно другой характер. Самохвалов давал девушкам прагматичные советы о том, как противостоять поклоннику, настаивающему на

⁹ В то время как деятели здравоохранения демонстрировали глубокую озабоченность стремительным распространением таких ЗППП, как сифилис, ирония заключалась в том, что СПИД при этом почти не упоминался, особенно учитывая тот факт, что сифилис нередко бывает предвестником ВИЧ. Я полагаю, что это также отражает тот факт, что врачи в своих лекциях в основном опирались на собственный клинический опыт. К середине 1996 г. в Санкт-Петербурге было зарегистрировано менее 200 случаев ВИЧ, а в Москве — около 600 (Specter 1997). В Санкт-Петербурге с 1994 по 2001 г. уровень заболеваемости сифилисом упал с 173 до 106,2 случаев на 100 000 человек населения, однако уровень заболеваемости ВИЧ вырос на 1 000 000 человек с 0,8 в 1996 г. до 235,8 в 2001 г. (Aral et al. 2005: 2187). И хотя эпидемия ВИЧ в основном распространялась среди инъекционных наркозависимых в возрасте 20–30 лет, есть свидетельства, что роль половых путей передачи инфекции возрастает, как и доля инфицированных женщин (Ibid.).

сексе. Он, например, предлагал им задать вопрос: «А ты уже готов стать папой?» Более того, в своих предостережениях он делал акцент не на разврате и социальном остракизме, которому они рискуют подвергнуться, если будут сексуально активными, но на необходимости быть информированными в вопросах контрацепции и других способах соблюдения своих интересов. Рассуждая о том, стоит ли начинать половую жизнь, он избегал общих декларативных заявлений, но оставлял вместо этого пространство для индивидуальных обстоятельств и историй. Он рассматривал свою роль профессионала не как человека, который знает точные ответы на все вопросы, но как консультанта, помогающего молодым людям самим принимать адекватные решения.

Нужен ли половой акт? Это вопрос вопросов. Когда мне пишут записки и спрашивают: «С какого возраста я могу начинать половую жизнь? Мне уже 14 лет, через месяц будет 15. В 15 лет мои подружки хвастаются, что живут половой жизнью, а я еще “белая ворона”, и вот, не знаю, что мне делать». Если я ей скажу, что в 15, то она целый месяц, бедная, так будет мучиться, что жалко ее. А если я скажу — в 16 лет, тогда она вообще от тоски завянет. Никогда я это не говорю, у каждого свое время. Каждый человек — личность, индивидуальность и сам определяет момент вхождения в половые отношения. Но надо поставить перед собой задачу — надо ли мне это? Зачем? Для чего? Не иду ли я на поводу у своего партнера? Часто бывает так: познакомились на дискотеке, ей 17, ему 20–21, у него уже есть опыт какой-то. А он весь из себя Сильвестр Сталлоне, и подружки рыдают от зависти, что отхватила ты себе такого мальчика, что мы, бедные, всю жизнь завидовать будем. И вам кажется, что вы влюбились. Очень часто бывает: «Я его люблю». — «А сколько ты с ним знакома?» — «Месяц, два месяца, но я его так люблю, что я готова уже ему отдаться». — «А тебе это нужно?» — я спрашиваю. «Я не знаю». — «Ты читала что-нибудь о контрацепции, о предохранении, о биологических сроках минимальных возможностей, о презервативах ты знаешь что-нибудь?» — «Да, что-то слышала, но я ведь его так люблю». И часто эти любви оканчиваются тем, что мальчик говорит: «Вот я вижу, как глазки у тебя блестят, ты меня любишь, да?» Она томно вздыхает и говорит: «Жить без тебя не могу, так люблю!» — «Ну, тогда в постельку, в постельку быстренько!» (Слышен смех). К сожалению, все. А вы спросите у него: «А ты что, уже собрался быть папой? Мы же знакомы только два месяца. А вообще что будет? А как мы будем дальше?»

Важно подчеркнуть, что психологический подход также утверждал четкую границу между «правильным» и «неправильным» поведением: прежде всего, речь шла о том, что секс должен быть безопасным. В отличие от гинекологов, психологи говорили о презервативах в положительном ключе — как о средстве защиты от болезней и предохранения от беременности. Фокус на личности предполагал также практические советы о том, как лучше защитить себя — не только физически, но и социально — от ситуаций сексуального промискуитета.

Мы не говорим, что не вступайте в половые отношения, не говорим, когда можно биологически и физиологически, мы, конечно, говорим: зрелость должна быть. Зрелость полная. У каждого своя. В Америке умная Мэри не позволит себе опасный секс. Во-первых, потому, что она знает, что не созрела еще материально, хотя ей 24–25 лет, она еще не получила образования, она не накопила определенной суммы денег для жизни с ребенком, не имеет своей комнаты и виллы. А аборт будет стоить ей десятки тысяч долларов¹⁰. Так она занимается петтингом вовсю, испытывает все ощущения с презервативом, с противозачаточными, и счастлива, счастлива сексом, чего я вам всем желаю.

Хотя психологический подход помогал молодым женщинам стать самодостаточными и уметь полагаться на себя, а не только следовать рекомендациям врача по поводу того, как себя вести, психолог не оставался индифферентным к тем решениям, которые принимают подростки, и к тем опасностям, с которыми они могут столкнуться. В рамках этого подхода окружающий мир описывался как место, потенциально опасное для женщин, так что они постоянно должны соблюдать осторожность. Вот что говорил слушателям Самохвалов:

От опасного секса, незащищенного, все всегда бегают. Заражение венерическими заболеваниями, особенно в случайных связях, эпизодических, постельках после дискотеки, или кайф после отдыха на природе, у моря, музыка, чувства, мальчик, все чудесно. Девочка должна себя защищать,

¹⁰ Это преувеличение. Аборт в течение первого периода беременности в Соединенных Штатах стоит около 450 дол., и обычно подросток вынужден выложить эту сумму из своего кармана, поскольку государство не предоставляет право на бесплатный аборт и страховкой он обычно тоже не покрывается.

женщина должна любить свои половые органы, ценить свое влагалище как свое общее здоровье. В этом будет ее благополучие.

Психологический подход был более ориентирован на заботу о себе в целом и не требовал абсолютного сексуального воздержания. Психологи призывали девушек иметь отношения и нести за них ответственность, но в то же время соблюдать осторожность, чтобы не стать жертвой манипулятора и насильника. И эта позиция отличается от той, которую занимала Анастасия Павловна и другие гинекологи, которые характеризовали женщин, имеющих несколько половых партнеров, как промискуитных, а тех, кто имел несчастье заразиться ЗППП, как деградировавших личностей. С их точки зрения, отражение опасностей, исходящих от общества, требует личной моральной стойкости, но они редко помогали своим слушательницам обрести необходимые поведенческие навыки и выработать коммуникативные стратегии, которые они могли бы применить в опасных ситуациях и переговорах с другими людьми¹¹. Их взгляды подразумевали, что добродетельная, стойкая и культурная женщина никогда не попадет в ситуацию, когда такие переговоры будут необходимы. При этом гинекологи даже не рассматривали возможность того, что молодая женщина просто может стать жертвой насильника.

Работая со специалистами

Другой ареной, на которой можно было наблюдать трансформацию применения медицинской власти, были занятия по повышению квалификации самих врачей. Соавтор этой статьи, доктор Самохвалов, учил гинекологов психологическим подходам к теме здоровья и по-

¹¹ В ходе редактирования данной статьи мы задали Ривкин-Фиш вопрос, который важен и для наших исследований репродуктивной медицины: «Должны ли врачи помогать пациентам в обретении навыков и выработке коммуникативных стратегий, хотя это и не является непосредственной функцией медицины?» Автор ответила, что моральные и социально-психологические задачи не входят в роль врача при понимании обучения и экспертизы как сфокусированных исключительно на физиологических процессах. Однако если гинекологи берут на себя роль сексуального образования, то масштаб их задач, освещаемых вопросов и критики становится гораздо шире (*примеч. ред.*).

могал психологам осваивать практики работы с темой сексуальности и репродуктивности. Он призывал специалистов из обеих групп использовать личностный подход в своей клинической работе и помогал их собственному личностному развитию. В практическом смысле это означало, что он помогал обретать навыки для обращения к проблемам здоровья, связанным с личностью пациентов, таким как аборт, контрацепция, ЗППП и анорексия. Самохвалов объяснял врачам, как контролировать свою роль в достижении доверия пациента, как находить комфортные для них способы обсуждения болезненных тем, как следить за своим собственным поведением и как наиболее эффективно помогать тем, кто к ним обращается. Например, он подготовил специальный список вопросов, на которые врач должен сам ответить, для того чтобы развивать оптимальные навыки для психологического консультирования.

В работе с экспертами Самохвалов ставил своей целью в первую очередь культивировать их способность к профессиональной рефлексии по поводу того, как их поведение влияет на самочувствие пациента/клиента и на уровень его доверия врачу. При такой модели экспертной власти медицинский авторитет рассматривается как то, что можно заработать с помощью определенного рода достойных действий по отношению к пациенту, а не то, что автоматически принадлежит врачу просто в силу его профессиональной позиции. Эта модель ответственности эксперта признает необходимость принимать во внимание мнение клиента. Решение о том, следует ли выполнять рекомендации врача, базируется на отношениях доверия, которые должны между ними возникнуть. Самохвалов предлагал психологам продумать и изменить свое поведение, чтобы сделать его комфортным для клиента и внушать ему доверие. Для этого он просил их ответить на следующие вопросы:

1. Помогает ли пациенту ваша манера поведения почувствовать себя желанным посетителем?
2. Меняется ли ваше поведение в зависимости от специфики пациента?
3. Выражает ли ваш облик доброжелательность по отношению к пациенту?
4. Выглядите ли вы спокойно?
5. Улыбаетесь ли вы в соответствующих моментах?
6. Смотрите ли вы пациенту в глаза или время от времени отводите взгляд?

7. Киваете ли вы головой в знак согласия или поощрения?
8. Отражает ли ваша жестикация понимание проявляемых пациентом чувств и демонстрацию этого понимания?
9. Насколько естественно звучит ваш голос?
10. Не кажется ли вам, что вы говорите «официальным» тоном?
11. Отражаются ли ваши чувства и чувства пациента в изменении тона вашего голоса?
12. Передаете ли вы пациенту тоном вашего голоса отношение заботы и доброжелательности?
13. Не кажется ли вам, что вы задаете пациенту вопросы, следуя «официальному протоколу»?
14. Ведете ли вы себя в соответствии с общепринятой этикой поведения?
15. Умеете ли вы внимательно и активно слушать?
16. Можете ли вы распознать и отразить чувства пациента?
17. Умеете ли вы задавать «открытые» вопросы?
18. Умеете ли вы предоставить необходимую пациенту информацию доступным языком?
19. Какими словами и действиями вы можете поддержать решения пациента?
20. Умеете ли вы подвести итоги консультации, сделать заключение и завершить общение?

Другая важная сфера работы доктора Самохвалова включала в себя практические рекомендации для клиницистов: пошаговые указания о том, как лучше всего обсуждать вопросы полового здоровья и получать от пациента необходимую для врача информацию. Предполагается, что эксперты должны быть ответственны за формулировку своих суждений, относиться с уважением к предполагаемым потребностям и ожиданиям пациента/клиента и воздерживаться от собственных моральных выводов. В этом описании отношений врача с пациентом особенно значимы несколько аспектов: во-первых, автор указывает на важность соблюдения «прав» пациентов и их потребности в конфиденциальности; во-вторых, он настаивает на том, чтобы врачи в своих взаимодействиях с пациентами пользовались психологическими методами, а не авторитарным или дидактическим подходом. Другими словами, он учит врачей, как задавать своим пациентам вопросы, которые помогли бы им самим понять ситуацию и сделать свой собственный выбор, вместо того, чтобы слушать врача, который дидактически

вещает ей или ему о том, какие они совершили ошибки. И наконец, Самохвалов предлагает врачам давать клиентам больше эмпирической информации о контрацептивах, рисках и заболеваниях, вместо того, чтобы предоставлять лишь несистематическую информацию на эту тему или, того хуже, использовать тактику запугивания их, чтобы предотвратить небезопасный секс и аборты. Об этом говорится в приведенных ниже «Практических рекомендациях» доктора Самохвалова.

Практические рекомендации

1. *Проведите опрос подростка о его сексуальной жизни.*
 - *Разговаривайте с подростком наедине и расскажите ему о его праве на конфиденциальность.*
 - *Расспросите подростка о его сексуальной жизни, использовании контрацепции в данный момент и в прошлом, о том, желанна ли данная беременность, а также была ли у клиентки незапланированная беременность ранее.*
2. *Поддерживайте решение тех, кто еще не вступил в сексуальную жизнь, сохранять воздержание, а также рекомендуйте его всем остальным как возможный вариант.*
 - *Спросите у тех, кто еще не вступил в сексуальную жизнь, как они относятся к контрацепции и будут ли пользоваться ею в будущем.*
 - *Расскажите, где им получить необходимую информацию, если они решат начать сексуальную жизнь.*
 - *Расскажите о риске и профилактике ИППП.*
3. *При необходимости предоставьте метод контрацепции (данный этап осуществляется медицинским работником).*
 - *Обсудите с подростком, что он знает о методах предупреждения нежелательной беременности, что предпочитает сам подросток.*
 - *Если девушка не беременна, порекомендуйте комбинированные оральные контрацептивы (КОК), презервативы и т. д. — в зависимости от конкретной ситуации.*
 - *Гинекологическое обследование можно отложить на более поздний срок.*
 - *При необходимости отправьте на консультирование по использованию контрацепции (или проведите сами).*

4. Если подросток уже пользуется каким-либо методом контрацепции, то алгоритм вопросов может быть следующим:
- Спросите, есть ли у юноши или девушки какие-либо вопросы или проблемы, связанные с использованием метода; удовлетворен(а) ли он/она используемым методом.
 - Спросите, есть ли какие-либо жалобы.
 - Спросите, намерен(а) ли он/она продолжать пользоваться методом.
 - Спросите, есть ли какие-либо дополнительные вопросы; не желает ли он/она переключиться на применение какого-либо иного метода.
 - Предоставьте ответы на вопросы и предложите возможные решения имеющихся проблем; предоставьте дополнительную информацию.
 - Окажите необходимую психологическую поддержку для продолжения использования метода.
 - Если подросток/девушка выражает намерение перейти на другой метод, предоставьте ей необходимую информацию и консультирование.

Эти пошаговые инструкции предлагают врачам четкую систему того, как нужно обращаться с пациентами как с «личностями», выясняя их проблемы, слушая их и отвечая на их вопросы, не вынося моральных суждений. Этот подход признает за подростками право чувствовать сомнения по поводу своей ситуации и дает возможность спокойно обсуждать их чувства, даже если они противоречивы. Эти инструкции напоминают о необходимости выяснять у пациентов нужную информацию, а также о том, каким образом лучше всего отвечать потребностям их клиентов.

Если девушка не пользуется каким-либо методом планирования семьи:

- Спросите, есть ли у нее какие-либо вопросы или проблемы, связанные с сексуальной активностью.
- Напомните ей о реально существующем риске забеременеть.
- Проконсультируйте ее по планированию семьи.
- Помогите ей сделать информированный выбор.

Как показывают приведенные выше инструкции, данный личностный подход делает акцент на уважении потребностей клиентов, не пре-

небрегая интересами их здоровья. Врачам предлагается напоминать подросткам о реальных рисках беременности и ЗППП. Забота врача должна выражаться в предложении эмпирической информации и напоминании о таких рисках, но одновременно и в том, чтобы помочь пациентам разобраться в своих чувствах и проблемах без страха того, что их будут ругать или наказывать. Важно отметить, что эти детальные инструкции в данном случае предполагают новые требования по отношению к профессионалам, призывая их демонстрировать не только медицинскую, но и социально-психологическую компетентность.

Консультирование по каждому методу контрацепции должно включать в себя следующий алгоритм:

- *Расскажите обо всех методах, которые можно использовать.*
- *Используйте брошюры, плакаты и иные наглядные материалы при объяснении методов.*
- *Поощряйте подростка/девушку задавать вопросы.*
- *Спросите, в каких методах он(а) заинтересован(а).*
- *Восполните пробелы в информации у подростка/девушки (например, характеристика метода, механизм действия, эффективность, побочные эффекты и т. п.).*
- *Помогите подростку/девушке оценить целесообразность различных методов планирования семьи с учетом ее состояния и потребностей в области репродуктивного здоровья/планирования семьи.*
- *Спросите подростка/девушку, какой метод он/она желает использовать.*
- *Напомните ему/ей о том, что он/она также должна учитывать выбор, который может сделать муж/партнер(ша).*
- *Если клиент(ка) оставляет свой выбор на конкретном методе, убедитесь в том, что он не имеет каких-либо медицинских противопоказаний. Если существуют какие-либо противопоказания, объясните, почему ей не следует использовать данный метод, и помогите ей сделать выбор из числа других методов.*
- *Спросите, осталось ли что-нибудь непонятным, и повторите информацию, если это необходимо. Если она все еще не решается сделать выбор, дайте ей брошюры, посоветуйте поговорить с мужем/партнером и назначьте время повторного посещения.*

Очень важно для консультанта умение объяснять, как правильно пользоваться выбранным методом:

- *Объясните подростку/девушке, как пользоваться методом и попросите ее повторить, что она поняла из объяснения.*
- *Опишите возможные побочные явления и признаки осложнения.*
- *Скажите, когда он/она должна прийти на повторный прием.*
- *Сообщите ему/ей о том, где он/она может пополнить запас контрацептивов (при использовании оральных препаратов, презервативов).*
- *Предоставьте пациентке контрацептивы в соответствии с выбранным методом¹².*
- *Если пациентка продолжает испытывать затруднения с выбором метода, дайте ей брошюры, посоветуйте поговорить с мужем/партнером и назначьте время повторного посещения.*

Использование этих инструкций позволяет практикующим гинекологам и психологам реализовывать личностный подход к взаимоотношениям врачей и пациентов. На врачей возлагается ответственность за понимание психологического состояния пациентов и удовлетворение их психологических потребностей в целом ряде аспектов, касающихся здоровья, от консультаций по поводу контрацепции до профилактики ВИЧ и других ЗППП. Врачей учат культивировать определенный стиль общения: задавать пациенткам вопросы так, чтобы они понимали свои реальные проблемы и встающие перед ними вопросы и могли сами осознать свои потребности, поскольку им нередко бывает сложно их сформулировать. Ожидается, что врач будет заботиться о потребностях пациенток. Экспертная позиция врача должна выражаться также и в том, чтобы быть информационным источником и обеспечивать психологическую поддержку. Эта модель очень сильно отличается от авторитарной реализации своей экспертной позиции, когда врач прямо говорит пациентке о том, что она должна делать, и дает моральную оценку ее решениям, поведению и их последствиям для ее здоровья.

В то же время важно отметить, что личностный подход не отрицает и не отвергает идею профессионального авторитета и власти, скорее эта модель экспертного поведения предлагает другие формы их выражения и реализации в условиях клиники. Власть в этом случае выражается в том, что П. Бурдье называл «более мягким» способом до-

¹² Некоторые учреждения имеют определенные запасы контрацептивов для целевого назначения подросткам и могут выдавать нуждающимся в них бесплатно.

минирования, когда акцент делается на благожелательной стороне медицинской заботы, а не на контроле. Другими словами, власть не исчезает, но трансформируется. Согласно этому видению, экспертная власть более не носит тотального характера, когда врач определяет допустимое поведение пациента, морально оценивает ее/его конформность или девиантность и соответственно вознаграждает или наказывает. Новый способ осуществления власти скорее базируется на диалоге, который подразумевает, что хотя эксперт обладает авторитетом, является источником знания и руководителем, но за свою жизнь все-таки несет ответственность и принимает решения сам клиент.

Заключение

Содержание лекций по сексуальному образованию, читаемых подросткам в 1990-х гг., отразило разнообразие подходов и моральных императивов для личностных изменений. В то время как преподаватели-гинекологи, как показано выше, стремились добиться улучшения дисциплины и подчинения пациентов, психологи поощряли их к самопознанию, выработке стратегий защиты и восприятию сексуального удовольствия как нормального и необходимого. В первом случае все слушатели воспринимались как однородная масса, имеющая единые потребности и обязанная подчиняться единым моральным требованиям, без индивидуальных различий, в то время как вторая группа лекторов осознанно занималась формированием скорее индивидуальной, чем коллективной субъективности, и подчеркивала, что каждому человеку необходимо заботиться о себе.

Находясь в рамках такого социального контекста, который воспринимался как физически опасный и морально неопределенный, преподаватели боролись за развитие воображения и усиление власти (empowerment) пациента. Это эссе позволяет увидеть, что некоторые психологи разрабатывали модель профессионального эксперта более как носителя ресурса, чем источника авторитарной дидактики. Таким способом они выражали свои убеждения в том, что болезни, с которыми сталкиваются россияне, порождены не их личными ошибками, а неспособностью государства или системы управления обеспечить людям возможности и ресурсы для реализации своих материальных, информационных и культурных потребностей. Некоторые преподаватели, придерживающиеся этих взглядов, не ограничивали свою про-

светительскую деятельность только пациентами, но занимались и моральным образованием самих врачей и консультантов, чтобы убедить их в значимости личностного подхода. Доктор Самохвалов в своей клинике вел месячные курсы для акушеров-гинекологов, чтобы помочь им понять и улучшить свое собственное отношение к пациентам. Используя свои психотерапевтические навыки в работе с коллегами, он призывал их воспринимать как личности и себя, и своих пациентов. Чтобы продвинуть это новую форму профессиональной власти, Виктор Евгеньевич говорил коллегам:

Гинеколог может иметь совсем другой менталитет, чем его клиент. Но я считаю, что, будучи, прежде всего, врачом, он не должен говорить слово «должен». Потому что должен-то сам человек самому себе... Ваша задача — помочь человеку осознать, что это именно его ситуация и его здоровье, а не дело доктора. Человек сам несет за себя ответственность.

Литература

- Вишневский А.Г., ред. (2000). *Население России. 1999*. М.: Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН, Центр демографии и экологии человека.
- Демографический ежегодник России* (1996). М.: Госкомстат.
- Здравомыслова Е. и Тёмкина А., ред. (2002). *В поисках сексуальности: Сборник статей*. СПб.: Дмитрий Буланин.
- Медведева И. и Шишова Т. (2000). Демографическая война против России, *Наш современник*, № 1.
- Никифорова Г.С., ред. (2006). *Психология здоровья: Учебник для вузов*. СПб.: Питер.
- Aral S.O. et al. (2005). Commercial Sex Work, Drug Use, and Sexually Transmitted Infections in St. Petersburg, Russia, *Social Science and Medicine*, N 60, p. 2181–2190.
- Balint M. (1961). *Psychotherapeutic Techniques in Medicine*. London: Tavistock Publications.
- Balint M. (1964). *The Doctor, His Patient, and the Illness*. New York: International Universities Press.
- Bourdieu P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. New York: Cambridge University Press.

- Bourdieu P. (1990). *The Logic of Practice*. Stanford: Stanford University Press.
- Bourdieu P. (1994). Rethinking the State: Genesis and Structure of the Bureaucratic Field, *Sociological Inquiry*, N 12(1), p. 1–18.
- Davis-Floyd R. (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.
- Field D.A. (2007). *Private Life and Communist Morality in Khrushchev's Russia*. New York: Peter Lang.
- Foucault M. (1973). *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Vintage Books.
- Foucault M. (1980). *The History of Sexuality*. New York: Pantheon Books.
- Fraser G.J. (1995). Modern Bodies, Modern Minds: Midwifery and Reproductive Change in an African American Community, in: F. Ginsburg and R. Rapp, eds., *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press, p. 42–58.
- Funk N. and Mueller M., eds. (1993). *Gender Politics and Postcommunism*. New York: Routledge.
- Ginsburg F. (1989). *Contested Lives: The Abortion Debate in an American Community*. Berkeley: University of California Press.
- Ginsburg F. and Rapp R., eds. (1995). *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Goldman W.Z. (1993). *Women, the State, and Revolution: Soviet Family Policy and Social Life, 1917–1936*. New York: Cambridge University Press.
- Humphrey C. (1983). *Karl Marx Collective: Economy, Society, and Religion in a Siberian Collective Farm*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Illich I. (1976). *Limits to Medicine: Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Marion Boyars.
- Inhorn M. (1994). *Quest for Conception: Gender, Infertility, and Egyptian Medical Traditions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Kahn S.M. (2000). *Reproducing Jews: A Cultural Account of Assisted Conception in Israel*. Durham: Duke University Press.
- Kon I.S. and Riordan J., eds. (1993). *Sex and Russian Society*. London: Pluto Press.
- Lock M. and Kaufert P., eds. (1998). *Pragmatic Women and Body Politics*. New York: Cambridge University Press.
- Lupton D. (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: Sage Publications.
- Martin E. (1987). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Navarro V. (1977). *Social Security and Medicine in the USSR: A Marxist Critique*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Notzon F.C., Komarov Y.M., Korotkova A.V., Ermakov S.P., et al. (1999). *Maternal and Child Health Statistics: Russian Federation and United*

- States, selected years, 1985–95, in: *Vital Health Statistics*, Series 5 (International Vital and Health Statistics Report; N 10).
- Petersen A. and Bunton R., eds. (1997). *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge.
- Popov A. and David H. (1999). Russian Federation and USSR Successor States, in: H. David, ed., *From Abortion to Contraception: A Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*. Westport, CT: Greenwood Press, p. 223–277.
- Ragone H. (1994). *Surrogate Motherhood: Conception in the Heart*. Boulder: Westview Press.
- Rapp R. (1999). *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge.
- Rivkin-Fish M. (1994). Communist Transformations and Abortion Politics: Reflections on Feminist Strategies and «Choice», *Critical Matrix*, N 8(2), p. 101–126.
- Rivkin-Fish M. (1999). Sexuality Education in Russia: Defining Pleasure and Danger for a Fledgling Democratic Society, *Social Science and Medicine*, N 49, p. 801–814.
- Rivkin-Fish M. (2005). *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Sobo E. (1995). *Choosing Unsafe Sex: AIDS-Risk Denial Among Disadvantaged Women*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Specter M. (1997). At a Western Outpost of Russia, AIDS Spreads 'Like a Forest Fire', *The New York Times*. New York, p. A1, A10.
- Tichonova L. (1997). Epidemics of Syphilis in the Russian Federation: Trends, Origins, and Priorities for Control, *The Lancet*, N 350, p. 210–213.

Ольга Снарская

СЕКСУАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК СФЕРА ПРОИЗВОДСТВА ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ И КОНСТРУИРОВАНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О «НАЦИИ»

Введение

В постсоветской России весьма заметной темой в публичной сфере (в политике и в СМИ) стали вопросы репродукции и сексуальности. Особенно активно они дебатировались в 2000-е гг. в связи с проблемой «демографического кризиса». В обсуждении участвуют не только политики и представители правительства из министерств, ответственных за здоровье, образование и молодежь, но также и церковные лидеры, неправительственные организации, эксперты по здоровью, образованию и социальной политике. Сексуальное образование является одной из тем, включенных в эту дискуссию. Этот вопрос также постоянно возникает в связи с обсуждением проблемы ВИЧ/СПИДа в России.

Многочисленные исследования, в том числе проведенные такими международными организациями, как WHO, UNICEF, UNAIDS, показали, что сексуальное образование является необходимым условием для обеспечения репродуктивного и сексуального здоровья граждан. Для современной России характерно сочетание высокой сексуальной активности с недостаточным уровнем сексологической грамотности, что приводит к негативным последствиям в области здоровья. Российские подростки имеют высокий уровень нежелательных беременностей и аборт, а по росту распространения заболеваний, передаваемых половым путем, и ВИЧ-инфекции страна занимает одно из первых мест в мире (Kontula 2004; Кон 2005; Вовк 2006).

С одной стороны, сейчас уже пройден тот период, когда большинство молодых людей обладали скудными знаниями о ВИЧ/СПИД.

Современные подростки, особенно живущие половой жизнью, в большинстве своем имеют представление о методах контрацепции. С другой стороны, различные социологические исследования показывают, что подросткам не хватает точной информации о сексуальности и сексуальном здоровье. В постсоветский период либерализации сексуальности молодые люди стали обладать большей свободой, но они все еще не имеют достаточных ресурсов, в том числе знаний о сексуальной сфере, чтобы обеспечить ответственное и продуманное сексуальное поведение (Культурные аспекты... 2003; Kontula 2004). Такие проблемы в значительной степени могут быть преодолены в ходе систематического образования.

Различные организации, входящие в состав ООН (UNESCO, WHO, UNAIDS), составили список показателей, характеризующих эффективное сексуальное образование. Согласно этому списку, оно должно: 1) начинаться до вступления подростков в период сексуальной активности, т. е. до 15 лет; 2) проводиться в школах, чтобы обеспечить наибольший охват подростков, и регулярно повторяться в течение всего периода обучения; 3) строиться на открытом обсуждении тем сексуальности; 4) давать учащимся базовые знания о сексуальности и способах защиты от ВИЧ-инфекции и других инфекций, передающихся половым путем, и нежелательной беременности (Региональная стратегия ВОЗ... 2001; Young people and HIV/AIDS 2002).

Уязвимость молодежи как социальной группы определяется не только недостатком адекватной информации, но и тем, что подростки и молодые люди зачастую не могут соединить имеющиеся знания с осознанием реального риска. Само знание не связано напрямую с ответственным поведением. Поэтому, согласно рекомендациям ООН, сексуальное образование призвано не только предоставить молодым людям информацию, но способствовать формированию безопасного сексуального поведения, которое связано с мотивацией к действию и навыками применения знаний на практике. Среди этих навыков можно назвать, например, способность вести переговоры с партнером о контрацепции, навыки покупки и правильного хранения презервативов, постоянное использование средств защиты (презерватива), обращение за консультациями к специалистам. Сексуальное образование, кроме того, должно противодействовать гендерным стереотипам, которые делают как девочек, так и мальчиков более уязвимыми для негативных последствий сексуальных отношений.

Хотя в России деятельность по организации сексуального образования ведется еще с начала 90-х гг. XX в., ее результаты достаточно противоречивы. В середине 2000-х гг. продолжается дискуссия о сексуальном образовании, под которой я понимаю публичные высказывания мнений и аргументов по поводу сексуального образования различных социальных акторов и оспаривание ими точек зрения оппонентов.

Дебатируемым вопросом является потребность введения сексуального образования в России, обсуждается, каким должно быть его содержание, кто должен быть преподавателем, для детей какого возраста его надо проводить, и т. д. В рамках данной дискуссии не удастся достигнуть устойчивых результатов в организации системы сексуального образования. Я придерживаюсь мнения, что в России необходимы такие программы по сексуальному образованию, которые отвечают перечисленным выше рекомендациям ООН. Тем не менее следует рассмотреть аргументы всех участников дискуссии. Эта статья является попыткой проанализировать факторы, которые создают препятствия для развития программ сексуального образования, и понять, при каких условиях возможен компромисс между различными точками зрения, а также каких результатов можно достичь при помощи этого компромисса.

Анализ дискуссии о сексуальном образовании отчасти опирается на подход к изучению дискуссий, предложенный Л. Болтански и Л. Тевено (Boltanski and Thevenot 1999; Болтански и Тевено 2000; см. также: Вагнер 2000). Они назвали свою концепцию «социологией критической способности» и предложили сосредоточить внимание на анализе «критических моментов». Болтански и Тевено утверждают, что такие моменты играют важную роль в общественной жизни, так как отражают одновременно критическую деятельность людей и специфику момента кризиса. Важное значение имеет рефлексивность этого критического момента: люди, вовлеченные в повседневные отношения, «делающие что-то вместе» — в политике, на работе, в повседневной жизни — и вынужденные координировать свои действия, понимают: происходит сбой или возникает проблема и необходимо что-то менять. Современная ситуация споров вокруг сексуального образования имеет признаки такого критического момента. В условиях широко обсуждаемых проблем эпидемии ВИЧ/СПИДа, низкого уровня репродуктивного здоровья, демографического кризиса, проблем в системе образования и т. д., люди, особенно те, кто вовлечены в связи со своей профессиональной деятельностью в работу с молодежью, осознают, что «нужно что-то

делать» и «делать совместно», вступая в переговоры друг с другом. В подходе Болтански и Тевено важными условиями анализа является не предварительный социальный портрет действующего лица, а то, какие средства использует человек для оправдания своей позиции и как он выстраивает свое оправдание. Авторы считают необходимым исследовать интерпретации самих акторов, те способы, которыми они ведут переговоры и оспаривают предыдущие заключения, когда ищут новые соглашения, позволяющие продолжить взаимодействие.

Согласно Болтански и Тевено, важная характеристика ситуации дискуссии (спора) — подчинение вовлеченных акторов «императиву оправдания». Критикующие должны одновременно оправдываться для обоснования своей критики. Объекты критики, в свою очередь, должны оправдывать свои действия. Отстаивая свою точку зрения, акторы обращаются к разным «порядкам ценностей» или «мирам оправдания», различия между которыми и являются причиной длительных споров и дискуссий. Можно сказать, что оправдание становится легитимным или приемлемым в конкретной ситуации, если участник дискуссии с его помощью способен успешно защищать свою точку зрения, т. е. действовать согласно правилам, характерным для релевантного в данном случае «порядка ценностей». В нашем исследовании эта методология задает рамку, позволяющую реконструировать позиции противников и сторонников сексуального образования, находящихся в открытом или скрытом дебате и влияющих друг на друга. Это взаимовлияние приводит к определенным результатам, которые мы рассматриваем вслед за Болтански и Тевено, используя понятие компромисса между «мирами оправдания», а не согласия, которое возможно только в пределах одного «порядка ценностей» или «мира».

Эмпирические данные и задача исследования

Эмпирическим материалом настоящего исследования являются данные, собранные с помощью интервью и документов. Было проведено 19 фокусированных полуструктурированных интервью с 30 информантами (в том числе два интервью с двумя информантами, одно групповое интервью с 10 информантами) в 2005–2007 гг. В качестве информантов были выбраны люди, которые по роду своей профессиональной деятельности связаны с сексуальным образованием и/или участвуют в дискуссии о нем. Среди них: сотрудники институтов повы-

шения квалификации работников образования, сотрудники системы управления образованием, сотрудники системы управления здравоохранением, медицинские работники, учителя, сотрудники учреждений социально-психологической помощи населению и др. Информантам задавались вопросы о том, считают ли они необходимым сексуальное образование и в какой форме; в чем должны быть его особенности в России; в чем они видят причины неблагоприятной ситуации с репродуктивным здоровьем в России; и др. В интервью затрагивались темы, связанные с особенностями работы различных специалистов с подростками в определенной области здравоохранения, образования и т. п. и с отношением к сексуальной жизни подростков и молодежи. Если информант принимал участие в программах по сексуальному образованию, то вопросы были также связаны непосредственно с этой деятельностью. Интервью проводились в 2005–2007 гг., информанты — жители крупных городов России (список интервью см.: *Приложение*).

В качестве документов для анализа использовались: 1) опубликованные тексты, написанные участниками дискуссии, авторы которых предлагают наилучший, с их точки зрения, вариант сексуального образования, оспаривают мнения оппонентов, критикуют образовательные программы, учебники и т. д.; 2) тексты, предназначенные для подростков и содержащие информацию о сексуальности образовательного характера (учебники, учебные пособия, буклеты, брошюры, листовки, распространяемые как часть информационно-просветительской кампании); 3) тексты, предназначенные для учителей (методические пособия, программы курсов). Всего проанализировано около 50 документов, опубликованных в 1996–2007 гг. (сокращенный список см.: *Источники*).

В современной дискуссии о сексуальном образовании в России широко используются аргументы, связанные с понятием «нация» и с представлениями о «мужественности» и «женственности». Задача данной статьи — реконструировать связь данных понятий и показать, как представления о нации и гендере влияют на практики, связанные с сексуальным образованием. При обсуждении вопроса о сексуальном образовании противники его введения утверждают, что оно противоречит национальным традициям, подразумевая, в том числе, традиционное распределение гендерных ролей. Сторонники введения сексуального образования, в свою очередь, стремятся показать, что можно создать такие программы, содержание которых не будет нарушать традицион-

ный гендерный порядок, специфичный для России. Как следствие, те практики сексуального образования, которые стали возможны в результате компромисса между двумя точками зрения, воспроизводят стереотипы о мужской и женской роли и не способствуют развитию гендерного равенства.

В данной статье приводится краткая предыстория современной дискуссии о сексуальном образовании; рассматривается также связь рассуждений о сексуальном образовании и дискурсов о нации, включая традиционалистские представления о гендерных ролях в постсоветской России. Далее анализируются трактовка вопроса об использовании зарубежного опыта и результаты международных проектов, осуществленных в российском обществе. Кроме того, обсуждается, какие проекты по сексуальному образованию, включая гендерные аспекты, имеют шанс быть реализованными в современных условиях.

К истории вопроса

В советский период тема сексуальности была табуирована, с точки зрения официальной морали она считалась подозрительной и опасной. Хотя и осуществлялись некоторые попытки введения «полового воспитания», оно трактовалось прежде всего как воспитание нравственное, и эти школьные курсы не сыграли практической роли в передаче знаний о сексуальности. Знания приобретались через подростковые группы, фольклор и классическое искусство, а также опытным путем (Кон 1997а, 2005; Rotkirch 2000; Zdravomyslova 2001; Тёмкина 2003; см. также статью А. Тёмкиной в данном сборнике).

Во время перестройки, в связи с общей либерализацией конца 1980-х — начала 1990-х гг., проблемы, связанные со сферой сексуальности, стали широко обсуждаться в средствах массовой информации, а также в политической, медицинской, научной и педагогической среде. Работники Министерства образования РФ признали необходимость сексуального образования в школе. Но для разработки и внедрения новых курсов не было ни средств, ни подготовленных преподавателей, и поэтому велся поиск материальной и методической помощи за рубежом. В 1996 году от Фонда народонаселения ООН была получена финансовая помощь для проведения экспериментальной работы в течение трех лет с целью подготовки курса полового воспитания на базе нескольких пилотных школ, чтобы в дальнейшем создать про-

граммы, учебные пособия и впоследствии использовать этот опыт по всей стране.

Реализация проекта сразу же натолкнулась на противодействие ряда общественных и политических сил. В 1997 году проект был приостановлен в результате действий оппонентов. Они проявлялись в основном в виде выступлений в СМИ, в которых использовались апелляции к национальным чувствам и обвинения в адрес разработчиков проекта в продвижении ими абортов и стремлении к депопуляции России. В многочисленных печатных изданиях появились статьи, в которых осуждался весь проект в целом или отдельные действия его сторонников. Против введения в школах соответствующего предмета выступили деятели Русской Православной Церкви, к которым присоединилось коммунистическое большинство Государственной Думы. Создалась, по определению И.С. Кона, «атмосфера моральной паники». Проект получил так много негативных оценок, что руководители Министерства образования и директора школ решили не рисковать своим положением и репутацией, и проект был закрыт (Кон 1997а: 313, 391; 1997б: 447).

Вовлеченные в активное обсуждение вопроса о сексуальном образовании люди считают, что это не просто дискуссия о методах и практических действиях (о практиках врачей и психологов в образовании подростков во второй половине 1990-х гг. см. статью М. Ривкин-Фиш и В. Самохвалова в данном сборнике), но «ожесточенный конфликт», и даже «война» — информационная, политическая, экономическая, идеологическая или духовная. В этих «военных действиях» существуют два «лагеря», обозначаемые как «сторонники» и «противники» сексуального образования. С момента начала дискуссии выработались особые определения оппонентов и их действий, которые выражают полное неприятие позиций друг друга. По отношению к лагерю сторонников сексуального образования используются определения «секс-просвет», «секс-просвещенцы», «секс-просвещенки», «растлители детей», «наймитки буржуазных фирм» и т. д. В адрес противников сексуального образования звучат обвинения в том, что они «дремучие невежды в религиозной оболочке», «лжецы, обманывающие население», «члены международных агрессивных консервативных организаций» и т. п. (Снарская 2006). В настоящее время продолжают ожесточенные споры и конфликты, институциональными последствиями которых является существенно ограниченное продвижение программ по сексуальному образованию в школе и учреждениях для подростков. В фе-

деральном компоненте учебного плана не существует специального предмета, ставящего своей целью сексуальное образование учащихся. Однако имеются различные курсы, программы и проекты в школьной и внешкольной работе с подростками и молодежью, и их можно охарактеризовать как «элементы сексуального образования».

Нация, гендерный традиционализм и сексуальное образование

Сексуальное образование рассматривается его сторонниками и противниками в контексте демографического кризиса, а демографический кризис, в свою очередь, — в контексте национального строительства и безопасности нации. Рассмотрим, как при обсуждении этих вопросов используется понятие «нация» и как националистические дискурсы и традиционалистские взгляды влияют на ситуацию с сексуальным образованием.

В гендерных исследованиях общепризнанным стало положение о том, что гендер не является изолированной социальной характеристикой, а переплетается с расовыми, классовыми, национальными отношениями. Дискуссии о рождаемости, приросте населения, аборте, контрацепции (ее доступности и обучении пользованию) и репродуктивных правах, вырождении, уничтожении генофонда и т. д. включены в процесс национального строительства (Гапова 2007). Нарративы о нации, практики создания и переосмысления категории «нация» и ее границ связаны с дискуссиями о репродукции (Gal and Klingman 2000: 30). В книге Н. Юваль-Дэвис «Гендер и нация» (Yuval-Davis 1997), во многом задавшей основное направление анализа взаимосвязи таких социальных конструктов, как нация и гендер, используется определение, введенное Б. Андерсеном, — нация как «воображаемое сообщество». Одним из способов выстраивания воображаемого сообщества при националистической демографической политике является дискурс, который Юваль-Дэвис назвала «народ как сила». Он определяет политику многих национальных государств и касается главным образом государствообразующей нации. В рамках этого дискурса будущее нации связывается с ее непрерывным количественным ростом. Как утверждает Т. Журженко (2004), дискурс «народ как сила» является в современной России доминирующим: снижение рождаемости и депопуляция рассматриваются как важнейшие проблемы, определяющие будущее нации.

Особенности использования понятия «нация» в рассуждениях о репродукции и демографии зависят от развития дискуссии о «национальной идее». Исследовательница национализма М. Ноженко полагает, что в постсоветской России не сформировался официальный национализм (Ноженко 2007). В 1991–1998 годах, которые можно охарактеризовать как период складывания государственности, не было выработано четкой политики идентичности, влекущей за собой формирование нового воображаемого сообщества — российской нации. Хотя центральные органы управления и пытались сформулировать некую консолидирующую идею, можно говорить лишь о наличии националистических дискурсов, т. е. о попытках формулирования той или иной национальной идеи и о различных способах рассуждения о таких понятиях, как «российский народ» или «русская нация». Формирования официального национализма не произошло. И даже в 1999–2007 гг., несмотря на государственную консолидацию, также не была сформулирована четкая национальная идея. Реальной является лишь трансформация националистических дискурсов, которая включает в себя переопределение представлений о понятии «русская нация» (Там же: 252–317).

Для исследования дебатов о сексуальном образовании значимым является то, что в них активно используется понятие «русская нация», в отличие от апелляции к другим этническим группам. Как указывает Ноженко (Там же), в период 1999–2007 гг. в России произошло комбинирование представлений о «русском народе» и «общности россиян». Изначально в российском националистическом дискурсе существовало два представления о «русском народе». Первое базировалось на том, что русские как этническая группа должны наряду с другими этносами стать объектом государственной национальной политики. Вторая точка зрения сводилась к тому, что русские нуждаются в государственной поддержке в связи с той особой миссией, которую они выполняют в России. Постепенно представления о русском народе как этнической группе и российской нации как социально-политической и культурной общности стали сближаться. В некоторых законопроектах и высказываниях статус русского народа определялся как государствообразующий (Там же: 316). Именно *русский народ* и его ценности претендуют на то, чтобы быть ориентиром для других этнических групп в рассуждениях о политике в области репродукции и демографии.

В дебате о сексуальном образовании прослеживается его связь с представлениями о «русской нации» и о «демографическом кризисе». В рассуждениях о репродукции и сексуальном образовании вообра-

жаемая группа под названием «русская нация» репрезентируется как традиционно ориентированная на семейные ценности, воспитание детей, целомудренное поведение, отказ от праздных удовольствий. Часто используются такие формулировки, как «издревле русскому народу свойственна приверженность традиционным духовно-нравственным ценностям». Так, пособие для родителей по борьбе с сексуальным образованием, изданное православно-просветительским центром «Жизнь» (Дети и сексуальное «просвещение» 2001), советует использовать в этой борьбе следующий тезис: «русская культурная и педагогическая традиция предполагает строгое ограждение ребенка от преждевременной информации сексуального характера». В данном пособии приводятся образцы судебных документов и жалоб, которые предлагается использовать родителям с целью противодействия программам сексуального образования. Приведем отрывок из образца искового заявления:

Мой ребенок _____ (ФИО) 19__ года рождения, учится в школе № __ г. _____ в __ классе. В настоящем 200__ г. в его классе по решению директора школы № __ от «__» _____ 200__ г. начали проводить занятия на уроках _____ в рамках программы «_____». На занятиях используются (учебники, пособия): _____, в которых находятся картинки и объяснения к ним, с моей точки зрения, порнографического содержания. Занятия состоят из объяснений преподавателей, выполнения интеллектуальных упражнений по данной теме и ролевых игр (просматривание мультфильмов и видеофильмов). Вот некоторые выдержки из указанных занятий. _____ Я не давала согласия на обучение моего ребенка по данным программам. Подобное обучение противоречит русским национальным традициям и культуре, что недопустимо согласно ст. 2 Закона об образовании, а также несовместимо с традициями воспитания, которых придерживается моя семья (Дети и сексуальное «просвещение» 2001: 37–38).

Возвращение к национальным «ценностям и традициям» упоминается и на официальном уровне как один из главных способов борьбы со СПИДом. В качестве примера можно привести цитату из выступления бывшего президента В.В. Путина на заседании Президиума Госсовета в апреле 2006 г., главной темой которого было положение в России с заболеванием ВИЧ/СПИДом. Основное, хотя и не единственное, средство борьбы — это «повышение значимости моральных ценностей» всего российского общества:

Такая тревожная ситуация требует адекватных мер реагирования. Требуется не созерцательного, а деятельного отношения, причем со стороны всего российского общества. Разумеется, задавать тон здесь должны люди, непосредственно отвечающие за работу с ВИЧ-инфекцией. Но в эту работу необходимо активно включать и политиков, и педагогов, и деятелей культуры, и представителей средств массовой информации. Наша общая задача — пропагандировать здоровый образ жизни, поднимать значимость моральных ценностей (Вступительное слово В. Путина... 2006).

В России, как и в большинстве посткоммунистических стран, политические и экономические трансформации 1990-х гг. в определенной степени сопровождалась возрождением традиционалистских ценностей и изменениями в официальной идеологии семьи и семейной политики. Постсоветский традиционализм стал господствующей формой гендерной идеологии в переходных обществах. Хотя степень и формы могут быть различны¹, неотрадиционализм предполагает, явно или неявно, сохранение традиционного разделения гендерных ролей, а также возвращение семье воспитательной функции в возможно большем объеме (Журженко 2004: 374). В русле идеологии традиционализма подвергаются суровой критике издержки западного феминизма, либерализация сексуальности и легитимация гомосексуальных отношений. В России эта идеология способствовала возникновению ярых споров по поводу целесообразности школьных курсов по сексуальному образованию. Противники сексуального образования рассматривают программы по его внедрению как покушение на национальную безопасность России и призывают к воспитанию у подростков «традиционных духовно-нравственных ценностей». Граница «нации» здесь прокладывается через описание свойственного русскому народу представления о целомудрии как о «чистоте физической и духовной», а также через требование традиционного распределения «половых ролей». Противники сексуального образования считают, что предоставление подросткам информации о сексуальной жизни будет способ-

¹ Крайняя позиция включает пропаганду многодетности с допущением силовых методов регулирования, вплоть до ограничения права на аборт. Более умеренные рассматривают семью как важнейший институт, обеспечивающий адаптацию индивида к деструктивным и стрессовым последствиям социальных трансформаций.

ствовать их «разращению», стимулированию раннего начала половой жизни и, следовательно, повышению уровня заболеваемости ЗППП и СПИДом, а также увеличению количества подростковых беременностей, что прямо скажется на углублении демографического кризиса в стране. Они выступают против концепции репродуктивных прав и понятия «планирование семьи», поддерживают идею о запрете абортов, считают гомосексуализм патологией.

В наиболее консервативных высказываниях в отношении сексуального образования центральным понятием является «целомудрие», сохранение которого связывается с сохранением нации: «Девичья честь, юношеская целомудренная чистота и супружеская верность — генетическая основа семейного счастья и благополучия, передающаяся из рода в род. Это есть основа крепости не только семейных устоев, но и благополучия нации и государства» (Дети и сексуальное «просвещение» 2001: 5). Школьникам предлагается единственно возможная модель репродуктивного и сексуального поведения, куда входит воздержание от сексуальной жизни до и вне брака для мужчин и женщин. Сексуальные контакты между супругами должны быть направлены на деторождение. Понятие «удовольствие», в том числе удовольствие от сексуальных отношений, не считается значимым или оценивается негативно, нацеленность на него квалифицируется как «похоть» и объявляется греховной.

Материнство рассматривается здесь как самая важная форма женского участия в судьбе своей страны, основная патриотическая обязанность женщины. Женщины позиционируются как биологические и культурные воспроизводители нации (Yuval-Davis 1997). Естественным и главным предназначением женщины в подобных высказываниях выступает рождение и воспитание детей «на благо Отечества». Представления о гендерных ролях соответствуют патриархатным установкам. Например, сотрудник Академии повышения квалификации учителей Т.А. Берсенева² считает, что школьникам необходимо не сек-

² Книга Т.А. Берсеновой «Духовно-нравственные ценности и ориентации в мировоззрении старшеклассников и учителей» (СПб., 2004) представляет собой текст, написанный с позиции противника сексуального образования. В ней отражены все характерные для консервативной точки зрения аргументы против сексуального образования. Автор критикует проекты введения в школе сексуального образования и действия их разработчиков. Эта критика ведется в первую очередь с использованием аргументов православной церкви (со ссылками на канонические тексты и произведения

суальное образование, а «нравственное воспитание пола», которое она связывает с передачей учащимся представлений о мужской и женской ролях как о противоположных:

Правильно ориентированное нравственное воспитание должно готовить молодых людей к сознательному материнству и отцовству, к семейной и общественной жизни, формируя четкую половую идентичность и соответствие полоролевым моделям поведения, воспитывая в мальчике бесстрашие и мудрость, благородство, щедрость и мужество, т. е. надежную опору и защиту, а в девочке — аккуратность и хозяйственность, сострадание и доброжелательность, т. е. охранительницу домашнего очага. Такое воспитание и является по сути нравственным воспитанием пола (Берсенева 2004: 113).

Позиция, направленная на сохранение традиционных гендерных ролей, на сдерживание открытого доступа к информации о сексуальности для школьников, обычно связана с демонстрацией своей приверженности к взглядам православной церкви.

Православная церковь значительно влияет на ситуацию с сексуальным образованием. Особенно важным, как утверждают Г.С. Широкалова и А.В. Аникина (2007), является укрепление отношений государства и РПЦ. Активно популяризируется представление о том, что в условиях нестабильности РПЦ является тем институтом, который способен противостоять разрушительным процессам и способствовать сохранению менталитета населения России, укреплению ее суверенитета. Социально-политические действия РПЦ, поддержанные властью, привели к созданию особого привилегированного положения церкви. Среди достижений РПЦ можно перечислить признание ее приоритетной среди других конфессий России, придание главным

церковных деятелей), а также с помощью обращения к мнению различных «авторитетных авторов», «научным данным» и результатам собственного социологического исследования (был проведен опрос школьников и учителей с целью выяснения того, насколько они в своих взглядах и поведении соответствуют нормам, отраженным в десяти заповедях Библии). Автор также предлагает собственную стратегию воспитания школьников, целью которой является усвоение ими православных «духовно-нравственных ценностей», для чего должны быть введены уроки православной культуры. Эта книга написана для учителей и ставит своей целью привлечь их на сторону авторской позиции.

православным праздникам статуса государственных, допущение религиозных церемоний в государственных и общественных организациях, выход церкви на светские каналы массовой информации и т. д. (Там же: 103–104).

Возрастание влияния религии на массовое сознание, особенно очевидное в отношении семьи и брака, также является существенным фактором постсоветского традиционализма. Хотя влияние часто связано лишь с возрождением церковных ритуалов, православная религия (и официальная позиция церкви) является достаточно ортодоксальной (хотя и неоднородной — см.: Золотова 2004) в отношении проблем семьи, положения женщины и распределения гендерных ролей. Большинство положений православной системы семейных ценностей включает стереотипы о мужчине-кормильце и женском терпении как основе семейного благополучия, широко распространенным, несмотря на наследие советского эгалитаризма (Журженко 2004: 377; Золотова 2004). В русле этих тенденций находится и возрастание роли религии в школьном воспитании. Для представителей церкви и их союзников характерна активная позиция в вопросе о введении религиозного обучения в школе, и в этом направлении достигнуты определенные результаты. При этом школьный курс «Основы православной культуры» противопоставляется курсам сексуального образования.

Гендерная проблематика занимает важное место в продвижении традиционалистских взглядов на вопросы семьи, образования, репродуктивной политики. Как полагают С. Галл и Г. Клигман (Gal and Kligman 2000), высказывания о женщине, семье и репродукции — это одно из средств, с помощью которых репрезентируется моральность и значимость политических институтов и акторов. Репродукция играет важную роль в моральном обосновании политики, так как она воспринимается как естественный, первичный феномен, включающий в себя самые фундаментальные вопросы жизни и смерти. Регулирование репродуктивной морали граждан — это один из способов, при помощи которого государство и его агенты могут проявить себя как позитивные, нравственные акторы. Политические акторы опосредованно демонстрируют свои моральные достоинства через озабоченность репродуктивным будущим. Их версия репродуктивной морали должна создавать над ними ауру нравственности собственных решений (Ibid.). В частности, одним из аргументов против школьных программ сексуального образования является то, что они отрицают или уменьшают «естественное, само собой разумеющееся» различие между полами. Та-

кие высказывания сложно оспаривать в публичном дискурсе, поскольку есть риск показать себя безнравственным, аморальным, разрушающим естественный гендерный порядок. В аргументах специалистов, продвигающих сексуальное образование, часто можно встретить традиционные представления о гендерных ролях и настроения гомофобии. Данная точка зрения считается легитимной и моральной, а противоположные аргументы не озвучиваются. Это ослабляет позиции сторонников сексуального образования, так как на обвинения в том, что их деятельность нарушает гендерный порядок, они не могут возразить утверждениями о том, что необходимо стремиться к альтернативному социальному устройству.

Пользуясь терминами Болтански и Тевено, можно сказать, что аргументы в споре о сексуальном образовании выглядят легитимными, если они строятся на основе такого порядка ценностей, в котором признается традиционное распределение гендерных ролей, утверждается важность семьи и материнства для благополучия нации и ценится демонстрация приверженности к взглядам православной церкви. Оправдания, в которых содержится противоположная аргументация, т. е. заявления о необходимости стремления к гендерному равноправию, признание самостоятельной ценности сексуальной жизни вне зависимости от семейного статуса и деторождения и критика деятельности православной церкви, не могут быть успешными в данном порядке ценностей.

Зарубежный опыт и российские программы сексуального образования

Сексуальное образование рассматривается и сторонниками, и противниками в контексте глобальных тенденций, вопрос об использовании зарубежного опыта является в дискуссии одним из ключевых. Сексуальное образование оценивается его противниками как опасное западное влияние, угрожающее нации, в то время как сторонники подчеркивают сходство тенденций либерализации сексуальных практик в модернизированном мире, с чем связывается потребность в знаниях и информации.

Рассмотрим аргументацию обеих сторон. Противники заявляют, что «программы по сексуальному образованию — это заговор Запада против национальной безопасности России». Используется следующая

логика: обучая наших детей применять презервативы, давая информацию девушкам о том, где можно сделать аборт, заговорщики тем самым снижают уровень рождаемости в России. Как следствие — уменьшается численность населения (см., напр.: Медведева и Шишова 1998). Характерно, что в период возникновения сексуального образования в США в 1960–1970-х гг. со стороны его противников звучали подобные обвинения, только тогда сексуальное образование называлось «грязным коммунистическим заговором для подрыва духовного здоровья американской молодежи» (Bloch and Derryberry 1971: 259–264; Кон 1997б: 293). Используется определенный дискурсивный способ сплочения своей «нации» с помощью нахождения «врага»: опасения по поводу «гибели нации», подтвержденные ссылками на снижающуюся рождаемость, — периодически повторяющаяся тема националистического дискурса и в России, и на постсоветском пространстве, и по всей Европе. Те, кто выступают против сексуального образования, постоянно используют этот аргумент.

Кроме того, на официальном уровне утверждается, что российское правительство предпочитает видеть в России страну, непохожую на другие государства и поэтому требующую особого подхода. Некоторые официальные источники продолжают характеризовать сексуальное образование как противоречащее культурным нормам России и ее особенностям, в том числе в сфере духовности и морали (Stothard et al. 2007). Эта точка зрения, однако, контрастирует с исследованиями сексуального поведения в России, которые показывают сходные тенденции либерализации сексуальных практик во всем мире (Kontula 2004; Кон 2005).

В то же время различные международные организации и институты продолжают выражать озабоченность ситуацией в России, связанной с ВИЧ-инфекцией и репродуктивным здоровьем. Они стремятся инициировать изменения, считая, что в мире существует достаточное количество разнообразного практического опыта, на который можно ориентироваться при выборе моделей, релевантных для России.

Однако многие проекты по сексуальному образованию обличали именно за то, что за ними стоят какие-либо международные организации, финансовая поддержка западных фондов, и за то, что в них используются зарубежные методические материалы. Например, в 2006 г. вокруг муниципального центра «Холис» в г. Екатеринбург возник конфликт: 6 тысяч родителей потребовали прекратить в школах занятия по сексуальному образованию и профилактике наркомании, проводив-

шиеся этим центром. Программа «Ресурсы здоровья» осуществлялась с 2000 г., была официально одобрена Министерством образования и действовала при поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ). Она включала уроки в 1–11-х классах в рамках обязательного курса «Основы безопасности жизнедеятельности», а также в качестве внеклассной работы. Однако деятельность центра в обращениях родителей была охарактеризована формулировкой «растление несовершеннолетних и пропаганда наркомании». Недовольство родителей было подкреплено негативными оценками экспертиз Центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Академии госслужбы при Президенте РФ и Национального научного центра наркологии Минздрава. Среди причин негативной оценки указывалось и то, что данная программа финансировалась за счет международных организаций. В заключении Академии госслужбы при Президенте РФ говорилось: «По существу, главная направленность методик, внедряемых “Холисом”, — принудительное сокращение рождаемости и численности населения в государствах, где они реализуются...» Негативно оценивалось и то, что использовались обучающие мультфильмы иностранного производства, а значит, «несоответствующие отечественной культуре и традициям» (Мотовилова 2006; Соколов-Митрич 2006 — см.: *Источники*).

Сторонники введения сексуального образования, в свою очередь, стремятся обосновать его необходимость ссылаясь на положительный зарубежный опыт. Сравнение с другими странами проводится через призму запаздывания России в деле обеспечения доступа молодежи к информации, необходимой для сохранения сексуального и репродуктивного здоровья. Они считают сексуальное образование главным способом борьбы с нежелательными подростковыми беременностями, абортами, ЗППП и СПИДом. Согласно данной точке зрения, невозможно противодействовать изменению сексуального поведения россиян, для которого характерны снижение возраста сексуального дебюта, рост терпимости к добрачному и внебрачному сексу. Утверждается, что эти тенденции соответствуют процессу либерализации сексуальности, произошедшему в США и Западной Европе ранее, и изменить их с помощью морально-воспитательного воздействия невозможно.

Несмотря на сопротивление противников «западного влияния» и сексуального образования, неблагоприятная ситуация с репродуктивным здоровьем населения, демографический кризис, эпидемия ВИЧ/СПИДа, признаваемые на высших уровнях, обуславливают интерес России к опыту других стран для выработки собственного полити-

ческого курса в сфере сексуального образования. Зарубежный опыт оказывает существенное, хотя и не однозначное, влияние на российскую практику в области сексуального образования. Подавляющее большинство программ, которые осуществлялись в России с начала 1990-х гг., были основаны на международном сотрудничестве. Однако прямое заимствование оказалось неприемлемым в ситуации дискурсивного влияния представлений о «национальной идее» и «особенностях России», с одной стороны, и распространения международных практик в системе образования — с другой. Часто звучат призывы не копировать западные образцы, а создавать «свое» сексуальное образование, соответствующее «национальным особенностям» (Stothard et al. 2007: 175–189).

Опыт 2000-х годов показывает, что приемлемой моделью внедрения новых инициатив в сфере сексуального здоровья, т. е. моделью, способной на выживание за счет некоего компромисса между различными точками зрения, является «*собственная, аутентичная российская программа*» (home grown approach, дословно — «выращенная дома»), опирающаяся на местных профессионалов и институты и создающая материалы специально для использования в России. То, что эти программы различными способами финансируются из-за рубежа, рассматривается как неизбежная реальность. Такой подход соответствует положению, принятому Европейским региональным отделением ВОЗ в 1999 г., согласно которому ресурсы предоставляются отдельным правительствам и на разработку программы для конкретной страны, а не на финансирование международных программ или программ, охватывающих разные регионы (Ibid.).

Российские правительственные структуры в 2000-е гг. начинают брать на себя инициативу по организации профилактики ВИЧ/СПИДа. Например, в 2003 г. Министерство образования пригласило московское представительство проекта HOPE³ разработать комплект материалов для программы по профилактике ВИЧ/СПИДа в средних специальных учебных заведениях Москвы. Опыт этого пилотного проекта собираются в дальнейшем распространить в других регионах. Данная программа называется «Полезные навыки: реальные альтернативы»

³ Project HOPE (Health Opportunities for People Everywhere) — организация, основанная в США в 1958 г. Осуществляет программы по поддержанию здоровья и просвещению в области здравоохранения в различных странах мира, в том числе занимается профилактикой ВИЧ/СПИДа; финансируется за счет благотворительных фондов (см.: <http://www.projecthope.org/>).

и включает в себя пособия по профилактике ВИЧ/СПИДа: учебник «Полезный выбор», книгу для учителя, буклет для родителей. Финансирование проекта осуществляется при участии Фонда для борьбы со СПИДом Элтона Джона и отделения проекта НОРЕ в Великобритании. Это один из первых шагов Министерства образования по распространению программы сексуального образования без возникновения широкой оппозиции и проявления публичной враждебности. Участники этого проекта видят причину успеха в том, что в нем использован аутентичный российский подход, программа представлена общественности как «адаптированная к российскому контексту» и «созданная отечественными специалистами» (Stothard et al. 2007: 175–189).

Для разработчиков других программ по сексуальному образованию важным аргументом является также то, что осуществлена собственная российская разработка, «учитывающая национальный контекст», «не чуждая русской культуре». Однако такие варианты сексуального образования часто имеют ограничения в содержании и институциональном оформлении. Вопрос об этих ограничениях мы рассмотрим далее.

Конструирование гендерных различий в сексуальном образовании

Российская дискуссия о сексуальном образовании развивается вокруг тех же вопросов, которые обсуждались и обсуждаются в западных странах. Однако в Европе и Северной Америке развитие сексуального образования было связано в числе прочего с феминистским движением, и поэтому среди целей образования находились вопросы гендерного равенства и ликвидации «двойного стандарта». Необходимость сексуального образования обосновывалась его значимостью для обеспечения прав и репродуктивного здоровья женщин (Kontula 2004). В России же феминистское движение развито крайне слабо, а в массовом сознании сохраняются гендерные стереотипы. Противники в своей логике критикуют сексуальное образование в числе прочего за то, что в нем нарушаются традиционные гендерные роли. Однако сторонникам сложно найти контраргументы, так как в большинстве своем они также считают, что мальчиков и девочек надо воспитывать по-разному. Приведу высказывание руководителя одного из проектов, связанных с сексуальным образованием: «Потому что ну куда ж мы денемся от полового воспитания? Мальчик должен выра-

сти мужчиной, а девочка женщиной» (С.И.)⁴. То, что сексуальное образование может быть инструментом смягчения гендерной асимметрии, практически не осознается специалистами, которые занимаются его продвижением. Часто они защищают свою позицию с помощью утверждений о том, что сексуальное образование не разрушает традиционного распределения гендерных ролей а, наоборот, помогает их сохранить. Проведенный Т.И. Греченковой и И.С. Куприяновой анализ нескольких программ по сексуальному образованию в Саратовской области показал, что они нацелены на охрану репродуктивного здоровья прежде всего девочек и основаны на распространении стереотипных представлений о том, что «каждая женщина — потенциальная мать» и «основная функция женщины — репродуктивная» (Греченкова и Куприянова 2003: 6). Значительное число проинтервьюированных мной специалистов высказывали аналогичные мнения. Например, координатор проекта по охране репродуктивного здоровья подростков так рассуждает о целях и содержании сексуального образования:

И, кстати, это те классы, когда, младшие особенно, когда можно заложить очень много о ценности материнства именно... в девочках младших классов, настрой именно на роды, быть матерью, потому что это период, когда они еще играют с куклами, они хотят, так скажем, быть мамами, они мамы, и... такой... комплекс, они очень благодарны. Вот наша детский гинеколог, которая выходит иногда и в школы, и тоже с родителями очень много работает, она говорит о том, что как раз начальная школа — это школа очень благодарная для... именно понятия материнства, ценности материнства. Но мы и в Молодежной консультации много очень говорим о том, что... роды — это, конечно, основное предназначение женщины, это потомство, чтобы оно было здоровое» (А.П.).

И для сторонников, и для противников сексуального образования в большинстве случаев характерна абсолютизация семьи как одной из высших социальных ценностей, идеализация этого социального института. Во многих высказываниях содержится однозначное противопоставление семьи как социальной нормы девиантным «несемейным» формам организации жизни. Семья наделяется статусом морального

⁴ Здесь и далее инициалы информантов изменены.

абсолюта: все, что исходит от семьи, считается позитивным. Например, на таких аргументах строятся рассуждения о содержании сексуального образования специалиста по профилактике ВИЧ/СПИДа:

Если мы говорим, что все-таки наиболее безопасное поведение — оно в семье и что люди (ну, можно анекдоты сейчас все опустить) в семье живут все-таки счастливее и дольше, большинство — да? — счастливее и дольше... женщина, конечно, меньше, мужчина дольше... То в семье их нужно замыкать. Все-таки семейные отношения они наиболее... с любой стороны будут полезны для человека и для общества, для государства. И через [семью]... мне кажется... мы уходим от репродуктивного здоровья к таким глобальным проблемам увеличения рождаемости, экономическому будущему благополучию. То есть в семьях проще и детей иметь — да? — и не одного ребенка, и как раз... это тоже вариант репродуктивного здоровья и профилактики (М.Д.).

Доминирующие в дискуссии о сексуальном образовании представления о гендерных ролях и культурных особенностях нации отражаются на существующих фрагментах сексуального образования в школе и во внешкольной работе с подростками. В российской педагогической практике под «сексуальным образованием» подразумевается не только процесс, направленный на получение подростками знаний о сексуальном и репродуктивном здоровье, информации о контрацепции, профилактике ЗППП и СПИДа и т. д. Сексуальное образование переопределяется как «половое воспитание»⁵, под которым понимают «процесс, направленный на выработку качеств личности, позволяющих провести собственную половую идентификацию». Он должен приобщить учащихся к «принятой в обществе системе взаимоотношений между полами в трудовой, общественной и личной жизни» и подразумевает «формирование у учащихся определенных взглядов на взаимоотношения между мужчинами и женщинами в соответствии с морально-нравственными нормами общества» (Резер 2003: 102–109). Производство гендерных различий содержится в самой формулировке целей работы со школьниками.

Теперь рассмотрим гендерные различия, на примерах из учебников и методических пособий для учителей, включающих главы по сексуальному образованию. Задачей является реконструкция стереотипов

⁵ Иногда эти названия используются как синонимы.

«женского» и «мужского» по текстам школьных учебников, которые выступают в качестве одного из каналов получения информации о социальных ролях женщин и мужчин, о нормах поведения, принятых в обществе. Постоянно обращаясь к учебной литературе в процессе обучения для выполнения заданий, изучения темы, ученики и ученицы усваивают представленные в них гендерные образцы. В отличие от влияния гендерных представлений учителей, которые достаточно разнородны, и от воздействия организационной культуры школы, которое также может варьироваться в зависимости от учебного заведения, особая роль учебников обуславливается тем, что они издаются большими тиражами и используются во многих школах. Анализ текстов учебных пособий способствует выявлению стереотипных представлений о границах между подразумеваемыми мужской и женской ролями (Kessler et al. 1985: 34–35; Смирнова 2005: 5).

В качестве примера приведем текст учебника «Основы жизненного самоопределения» для 10–11-х классов, в котором есть главы, посвященные «половому и сексуальному самоопределению» (Носачев 1996: 138–175). Этот учебник содержит наиболее объемный материал по интересующей нас тематике по сравнению с другими проанализированными учебными пособиями, не посвященными специально сексуальному образованию. Помимо этого, данный учебник отличается тем, что кроме раздела о сексуальном самоопределении в него включены параграфы о феминизме и равенстве полов.

Содержание данного учебника противоречиво. С одной стороны, утверждается, что «самосознание и самооценка юношей и девушек сильно зависят от стереотипных представлений о том, какими должны быть мужчины и женщины, а эти стереотипы нередко меняются» (Там же: 153). Осуждается двойной стандарт в отношении полового поведения мужчин и женщин, говорится о том, что в «интимной близости» ответственность должна быть обоюдной, а участники — равноправными. С другой стороны, текст учебника постоянно воспроизводит стереотипы. Школьникам предлагаются традиционные гендерные роли: «стать мужчиной — значит стать воином, защитником женщины, матери, детей, мужем, прекрасным влюбленным; стать женщиной — значит стать помощницей мужчины, любимой, любящей женой, матерью его детей» (Там же: 137). В тексте содержится много рассуждений о различиях «мужского и женского начала» и их гармоничной взаимодополняемости, одновременно в нем обозначается и вторичный статус женщины.

Утверждается, что мужчина и женщина занимают различные позиции в обществе, в том числе в сфере сексуальных отношений. В тексте также описываются санкции за невыполнение гендерной роли: несоответствие предписанным ожиданиям ведет к потере гендерной идентичности. Например, говорится, что в настоящее время многие девушки предпочитают «мужские формы поведения» и соответственно «мужской склад характера», что приводит к негативным последствиям: «эти девочки теряют женственность, а с ней и сексуальную привлекательность, на них “плохо распространяется роль жена-мать”» (Там же: 151).

Предполагается, что мальчик/девочка должны усвоить «правильную» гендерную роль и идентичность. Если этого не произойдет, то их будут «страшить взаимоотношения между полами». Характерно, что для юноши «неправильным» поведением считается быть «развязным, грубым, циничным, смотреть на женщину как на “предмет половых утех”» (Там же: 137), подразумевается, что девушки также оценят такие потребительские образцы поведения юношей как неприемлемые. В то же время по умолчанию считается, что девушка вести себя так «потребительски» (т. е. смотреть на юношу как на предмет половых утех) по отношению к юношам не может.

В учебнике воспроизводятся гендерные стереотипы, касающиеся различий в сексуальности и сексуальном поведении мужчин и женщин.

1. Утверждается, что сексуальность по-разному проявляется в фантазиях и сновидениях: у юношей содержание снов чаще касается «эротических игр, устремления к собственно половому акту», у девушек оно больше касается «влюбленности, любовных игр и ласк» (Носачев 1996: 147).

2. Признается, что сексуальные проявления свойственны и юношам, и девушкам, однако когда речь идет об особенностях сексуального влечения в подростковом возрасте, то мужчина описывается как активный субъект, а женщина как пассивный объект в сексуальных отношениях. Так, когда речь идет о факторах, влияющих на половое влечение в подростковом возрасте, в пример приводятся только ситуации, в которых действует юноша (у него возникает половое влечение, когда он «подглядывает за одеванием женщин» или когда он «прижался к девушке во время толкучки в людных местах») (Там же: 148–149).

3. Распределение ролей существует и в процессе ухаживания: мальчику надо показать девочке, что он выделил ее среди сверстниц, не вызывая осуждения сверстников, а девочка должна отреагировать, не вызвав осуждения друг (Там же: 150).

4. Постулируется тот факт, что мужская гиперсексуальность в подростковом возрасте — явление обычное, а повышенная половая сексуальность девушек «встречается крайне редко» (Там же: 149).

5. Воспроизводятся стереотипные представления о мужских и женских характерных чертах, заложенных от природы («конечно, в юношеской любви, особенно девичьей, много чисто эмоционального, духовного и все же не только платонического») (Там же: 156).

Содержание данного учебника, как показывают исследования М. Ривкин-Фиш, совпадает с другими похожими изданиями 1990-х гг. и с общим дискурсом о половом воспитании: в нем создается дихотомичное нормативное описание мужской и женской сексуальности (см. также статью М. Ривкин Фиш и В. Самохвалова в данном сборнике). В этом дискурсе мальчики признаются сексуальными, они имеют сильное влечение, а девочки в основном обладают только эмоциональными переживаниями. Специалисты предупреждают мальчиков о том, что они переживают период гиперсексуальности, девочки при этом не имеют физической потребности в сексе, они думают исключительно о любви. Признание этих различий связано с различиями будущих ролей, к которым считается необходимым подготовить подростков (Rivkin-Fish 1999: 808).

Итак, учебные тексты, написанные в духе продвижения идей сексуального образования, демонстрируют производство и закрепление представлений о различиях в сексуальности мужчин и женщин. Даже в тех редких случаях, когда в учебнике декларируется необходимость «равенства полов» и присутствуют параграфы о феминизме и сексизме, школьникам предлагается усвоить довольно четко определенные и противоположные по содержанию роли: девочки изображаются пассивными, зависимыми, с ограниченными амбициями, а мальчики — активными и берущими на себя инициативу в отношениях.

Но есть и исключения — издания, содержание которых контрастирует с описанным выше учебником. Например, в шведском переводном пособии для учителей по профилактике ВИЧ/СПИДа среди подростков — «Красная нить»⁶ говорится о том, что «половое воспитание долж-

⁶ Пособие «Красная нить» («The Main Thread») было издано отделом здравоохранения совета Стокгольма, Швеция, в рамках программы LАFА по профилактике ВИЧ-инфекции, заболеваний, передающихся половым путем, и нежелательных беременностей. Пособие предназначено для учителей, работников медицинских учреждений и волонтеров, работающих

но противодействовать поло-ролевым стереотипам, которые делают как мальчиков, так и девочек более уязвимыми для негативных последствий сексуальности» (Красная нить 2006: 3). В этом пособии предлагаются специальные упражнения, направленные на осознание подростками существующих в обществе гендерных стереотипов и их влияния на сексуальную жизнь и взаимоотношения партнеров.

Таким образом, в российской практике встречаются два возможных подхода в программах по сексуальному образованию — могут либо производиться асимметричные гендерные роли, либо — гораздо реже — может быть сделан упор на смягчение гендерных стереотипов, существующих в обществе. В первом случае сексуальное образование понимается как педагогическое воздействие, которое помогает ребенку «успешно социализироваться», «стать мужчиной или женщиной», воспринять существующие в обществе нормы и правила во взаимоотношениях между полами, в том числе в сексуальной жизни. Во втором случае сексуальное образование понимается как один из путей изменения гендерного порядка через постановку в качестве целей курса формирования знаний и отношений у учащихся, которые соответствуют представлениям о гендерном равенстве. Но второй подход встречается редко и больше характерен для программ, использующих зарубежные методические материалы, и не характерен для «аутентичных» российских подходов.

Из всех проанализированных мной учебников и учебных пособий, содержащих материалы по сексуальному образованию, только в пособии «Красная нить» специально сделан акцент на противодействии гендерным стереотипам. Многие издания для учителей и большинство учебников содержат лишь фактическую информацию о строении репродуктивной системы организма мужчины и женщины, о способах заражения ИППП и ВИЧ-инфекцией. В таких текстах не уделяется внимание проблеме взаимоотношений, рассуждения ведутся о «под-

с молодежью 13–19 лет. Оно содержит методические рекомендации и упражнения для проведения занятий по сексуальному образованию, основывающиеся на передаче знаний и навыков, а также на обсуждении ценностей и мнений. После того как пособие получило множество положительных откликов, его было решено перевести со шведского на другие языки. В 2006 году в рамках российско-шведского проекта по охране репродуктивного здоровья в Санкт-Петербурге было выпущено издание на русском языке (см.: <http://www.lafa.nu/inEnglish/index.asp>).

ростках» или «молодых людях» в целом, вне зависимости от пола, не упоминается о каких-либо особенностях поведения юношей и девушек или различиях ситуаций, в которых они могут оказаться. В тех же текстах, в которых рассматриваются эти вопросы, воспроизводятся стереотипы о гендерных ролях. Особым типом изданий являются пособия для проведения занятий о репродуктивном здоровье с девушками, в которых говорится о различиях мужской и женской сексуальности, важности деторождения для самореализации женщины, содержатся главы о беременности, родах и уходе за младенцем, и т. п. (см., напр.: Бадилова и Козлова 2004).

Далее рассматривается вопрос о том, какие возможности и ограничения возникают при реализации международных проектов по сексуальному образованию, в том числе как реализуются на практике содержащиеся в этих проектах идеи гендерного равенства.

Международный проект в локальной перспективе

Результаты международных проектов, связанных с сексуальным образованием в России, показывают ограниченные возможности их внедрения. Проиллюстрируем это на примере российско-шведского проекта по охране репродуктивного здоровья «Подросток — наше будущее», который осуществлялся в Санкт-Петербурге в 2004–2006 гг.⁷ и был одним из наиболее успешных и долговременных с точки зрения экспертов. Швеция является первой европейской страной, в которой в 1954 г. сексуальное образование было включено в обязательную школьную программу (Sexuality Education in Europe 2006). Оно объединяет школьный курс «Сексуальность и совместная жизнь», а также сеть специальных медико-социальных учреждений для подростков «Молодежные клиники». Проект «Подросток — наше будущее»

⁷ Ему предшествовали аналогичные проекты «13» («Формы и методы преподавания здорового образа жизни» 1997–2001 гг.) и «13+» («Профилактика заболеваний, передающихся половым путем, включая ВИЧ/СПИД, и нежелательной беременности среди подростков», 2001–2004 гг.). Проекты проводились при участии Комитета по образованию и Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. Со шведской стороны проекты курировал Восточноевропейский комитет по медицине и здравоохранению Швеции.

имел целью внедрение в Санкт-Петербурге этой модели при финансовой и методической помощи со стороны Швеции. Он поддерживался Комитетом по образованию и Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга.

Применение шведского опыта в организации «Молодежных клиник» координаторами проекта оценивается как успешное. В Санкт-Петербурге они получили название «Молодежные консультации»⁸. К настоящему времени при поддержке администрации Санкт-Петербурга существует 16 «Молодежных консультаций» в разных районах города. После завершения российско-шведского проекта их создание осуществляется за счет местного бюджета. Этот процесс соответствует общероссийской тенденции осознания необходимости специальных служб для подростков, или, по международной классификации, «клиник, дружественных к молодежи». Аналогичные центры медико-социальной помощи для подростков создаются с середины 1990-х гг. и в других регионах России (Клиники, дружественные к молодежи 2006).

В штат сотрудников «Молодежных консультаций» Санкт-Петербурга входят гинекологи, психологи, андрологи, акушерки, социальные работники. Они оказывают помощь подросткам до 18 лет, нуждающимся в консультации по поводу репродуктивного здоровья, сексуальной жизни, взаимоотношений с партнером или родителями, а также осуществляют диагностику и лечение ИППП. Для учащихся старших классов проводятся профилактические осмотры один раз в год, сопровождающиеся лекциями о развитии организма в подростковом возрасте, контрацепции, гигиене. Но работа «Молодежных консультаций», согласно социологическим исследованиям, охватывает не всех подростков города. Кроме того, в них приходят в основном девушки, которые уже ведут активную сексуальную жизнь и столкнулись с какими-то проблемами, например нежелательной беременностью или инфекциями, передающимися половым путем (Результаты исследования... 2006). Сами сотрудники этих учреждений и эксперты, участвовавшие в проекте, утверждают, что систему «Консультаций» необходимо дополнить школьным курсом сексуального образования, как в шведской модели, но в российских условиях этого сделать не удалось.

Средняя школа представляет собой довольно консервативный институт для таких нововведений. Продолжающиеся нападки на саму

⁸ В ходе исследования были проведены интервью с двумя координаторами проекта и с тремя сотрудниками «Молодежных консультаций».

идею сексуального образования делают невозможным его включение в качестве отдельного курса или содержательных блоков с соответствующей информацией в уже существующие предметы. В рамках проекта «Подросток — наше будущее» удалось лишь организовать подготовку учителей и школьных психологов на курсах по методике преподавания «полового воспитания» в Академии повышения квалификации работников образования. В рамках этих курсов рассматриваются законодательная база для работы с подростками в области репродуктивного здоровья, методы проведения занятий, а также организован обмен опытом между медицинскими работниками и учителями, которые заняты в данной области. Подразумевается, что в дальнейшем учителя, прошедшие подготовку на таких курсах, будут включать элементы сексуального образования в уроки, входящие в обязательную программу или во внеклассные мероприятия. Но происходит ли это в действительности — неизвестно. Участники проекта высказывают предположения, что систематической деятельности по сексуальному образованию никто из работников школы не осуществляет. Это связано с неблагоприятным климатом, сложившимся вокруг сексуального образования, недостатком соответствующих тем в учебной программе, необходимостью получать разрешение родителей перед проведением подобных мероприятий и т. д.

Продвижению проекта лишь отчасти помогает ориентация на местную специфику. Координаторы проекта с российской стороны (эксперты из систем образования и здравоохранения), рассказывая о подготовке учителей, неизменно используют оговорки о том, что «хотя берутся шведские методики преподавания, но содержание свое, российское», например:

Мы берем у шведов не содержание, а методику. Они в этом отношении гораздо более продвинутые, и они очень скрупулезно к выбору методики относятся в этой сфере деятельности. Поэтому мы от них очень много позаимствовали и очень благодарны им за то, что они нам предоставили возможность обучиться методам именно, педагогическим технологиям, как сейчас это модно называть, вот, но сразу им сказали, что автоматически ничего по содержанию не переносится со шведской территории на российскую. У нас свой менталитет, свои традиции. И отношение православной церкви к вопросам полового воспитания более строгое, чем, скажем, у протестантской церкви (С.И.).

Под «собственным российским содержанием» подразумевается акцент, который делается на ценность «семьи и материнства», о чем шла речь раньше. Координатор проекта связывает необходимость сексуального образования с благополучием семьи и здоровьем будущих детей: «...так что мы тоже за семью, за рождение здоровых детей, чтобы наши дети не были бесплодными. Ну, и, наверное, такой можно лозунг: “Сегодня презерватив, чтобы завтра были здоровые дети”» (А.П.). То есть аргументы противников сексуального образования встраиваются его сторонниками в локальный контекст, они используют такие доводы, которые говорят о том, что они тоже стремятся «поднять рождаемость».

В настоящее время, если проводятся какие-либо занятия по сексуальному образованию, редко затрагиваются темы, которые считаются наиболее спорными, — гомосексуальность, мастурбация, аборт. Затруднено также предоставление всеобъемлющей информации о различных способах контрацепции. В том же интервью было сказано: «...слово, например, “презерватив” так особо в школе педагог до сих пор сказать не может, потому что в группе учитывается, что в классе могут быть разных конфессий дети, представители разных конфессий» (А.П.).

Для того чтобы не быть впоследствии обвиненными в провоцировании интереса учеников к сексуальности и преждевременному началу половой жизни, учителям предлагается действовать «по запросу», т. е. излагать информацию только в том случае, если у учащихся возникнут вопросы, или направлять их на индивидуальную консультацию к медицинскому работнику или психологу. Так формируется определенный компромисс между сторонниками и противниками сексуального образования. Первые считают необходимым проводить его в школе по обязательной программе, чтобы занятия были регулярными и охватывали наибольшее количество подростков, но в связи с тем, что такая деятельность вызовет негативные отзывы, переносят свои усилия по организации сексуального образования на внешкольные организации. Противники же, со своей стороны, выступают категорически против открытого обсуждения тем, связанных с сексуальностью, на уроках в школе, но они готовы признать возможным «индивидуальное консультирование» школьников по этим вопросам. Приведем, например, цитату из статьи И.Я. Медведевой и Т.Л. Шишовой (1998), являющейся одним из первых (и основным) текстов против проектов «полового воспитания», который цитируют и пересказывают в других публикациях противники сексуального образования:

Еще раз подчеркнем, что дело даже не в сообщении определенных сведений, а в том, что фактически отменяются христианские этические установки, понятие «греха», «блуда», «непристойности», «извращения», «таинства брака» и т. п. Отменяются самим фактом прилюдного разговора взрослого с ребенком на темы, которые традиционно, столетиями, считались запретными. <...> Не будем забывать и о наличии школьного психолога, к которому можно прийти и конфиденциально побеседовать. Вообще, в школе (а лучше бы вне школы) вполне можно организовать что-то вроде «проблемного кабинета», где подросток или юноша мог бы индивидуально поговорить о самых разных своих трудностях с авторитетным взрослым.

Авторы признают возможность консультирования подростков в особых случаях, однако это не должно делаться публично и желательно, чтобы происходило вне школы.

Переводные пособия, изданные в рамках проекта «Подросток — наше будущее», включают не типичные для России представления о том, как и чему надо обучать подростка. Эти представления противоположны аргументам противников, рассматривающих проблемы секса в контексте духовности и моральности. Они также не типичны для сторонников, которые фокусируются на опасностях/безопасности сексуальной жизни. В рамках проекта было переведено на русский язык цитировавшееся выше шведское методическое пособие по сексуальному образованию для учителей «Красная нить. Советы и рекомендации — методы работы по профилактике ВИЧ/СПИДа и половому воспитанию среди подростков». Это пособие предполагает открытое обсуждение различных тем, связанных с сексуальностью. Профилактику предлагается проводить, отталкиваясь от признания того факта, что подростки интересуются вопросами секса, многие из них сексуально активны, и это «нормально» и «закономерно»:

Есть одна общая черта у подростков всего мира — это интерес к сексу. Не будет преувеличением сказать, что их мысли в основном вращаются вокруг секса. Их душу переполняют разнообразные вопросы и фантазии о сексе, к которому подростки относятся с любопытством, увлеченностью, восторгом и с некоторой долей страха. <...> Невозможно внушить подросткам, что сексуальность — это мелкий, незначительный аспект жизни. Как ощущается сексуальность в физическом и психическом плане — вот центральный вопрос в подростковые годы.

В пособии постоянно проводится мысль о том, что при обсуждении тем, связанных с сексуальной жизнью, «акцентировать внимание ребят необходимо не на проблемах и опасностях, а на возможностях и наслаждении».

Много внимания в пособии уделяется предоставлению информации о различных способах контрацепции, а также развитию навыков по их использованию. Например, предлагается такое упражнение:

«Создание плаката о презервативе». Объясните учащимся, что их задача — нарисовать плакат для подростков, который показывает, как использовать презерватив. Раздайте бумагу и фломастеры. Достаньте презерватив из упаковки и продемонстрируйте, как его правильно надевать, используя муляж мужского полового органа. Каждый участник, индивидуально или в группах, работает над плакатом, показывающим, как использовать презерватив. Повесьте плакаты на стену и обсудите их.

Именно эти практики вызывают наиболее негативное отношение противников сексуального образования. Открытое обсуждение сексуальных вопросов и методы преподавания, в которых используется наглядность и активное вовлечение учащихся с помощью ролевых игр, дискуссий и т. д., неизменно приводятся ими как примеры наиболее «развращающих» характеристик сексуального образования.

В данном пособии предлагается обсуждать с подростками те темы, которые в российском контексте считаются «нежелательными» и «сложными» для изложения в школе, например тема гомосексуальности. Как уже отмечалось, в пособии специально обращается внимание на возможности сексуального образования в деле снижения отрицательного влияния гендерных стереотипов. В нем содержится такое обращение к преподавателям:

Гендерный аспект рассматривает те социальные роли, которые ожидаются от мужчин и женщин в связи с их биологической половой принадлежностью. Каждый из нас должен иметь свое отношение к таким представлениям о мужчинах и женщинах и о сексуальности. Каким образом содержание курса освещает эти представления? Какие мысли по этому поводу мы доносим до современных девочек и мальчиков? Здесь должны быть особенно внимательны преподаватели, чтобы не поддерживать и не закреплять полоролевые стереотипы.

Например, в пособии содержатся упражнения, в которых предлагается мальчикам и девочкам обсудить свои представления и ожидания, связанные с противоположным полом. Кроме того, подростков не стремятся убедить в том, что сексуальная жизнь должна быть преимущественно связана с семьей и деторождением. Также в данном пособии отсутствует стремление убедить девочек в том, что рождение детей является главным предназначением женщины. Беременность упоминается в нем только в сочетании с прилагательным «незапланированная». Отдельное внимание уделяется навыкам переговоров между партнерами по поводу использования контрацепции, а также умению сказать «нет» при склонении к недобровольным сексуальным контактам.

Пособие «Красная нить» было издано на русском языке с расчетом на то, что российские учителя смогут использовать его в своей работе. Показательно то, что оно не было допущено российским Министерством образования и науки к использованию в школе. Отмеченные выше особенности этого издания не вписываются в диапазон подходов к сексуальному образованию, имеющих в настоящее время возможность существовать в российских условиях. Иными словами, оно не вписывается в тот «порядок ценностей», вокруг которых в настоящее время возможно публично рассуждать о сексуальном образовании и преподавать его в школе, не подвергая себя возможной критике со стороны противников сексуального образования, т. е. не нарушая определенного компромисса, который сложился вокруг этого вопроса.

Таким образом, во время реализации этого международного проекта шведский опыт сексуального образования был адаптирован к российским реалиям. Результаты компромисса сторонников и противников заключались в том, что предоставлять подросткам более или менее развернутую информацию возможно лишь за пределами средней школы. Тексты, в которых представления о сексуальности не соответствуют «российским культурным особенностям и традициям», не получают разрешение на использование в школе. То отношение к сексуальности и гендерному равенству, которое предложено в переводном пособии, не находит отражения в российских практиках сексуального образования.

Заключение

Важнейшие аргументы рассмотренной нами дискуссии о сексуальном образовании связаны с понятием «нация» и с представлениями о культурных особенностях «русской нации» — это духовность и моральность, а также традиционные представления о мужественности, женственности и семье. Вокруг этих понятий сложился определенный компромисс. С одной стороны, сохранение традиционного распределения гендерных ролей является требованием противников сексуального образования, а с другой — аргументом в свою защиту его сторонников. То есть и те и другие стараются действовать в одном «порядке ценностей». Компромисс между ними приводит к реализации некоторых программ по сексуальному образованию. В рамках компромисса программы преподносятся как «соответствующие российской культуре и традициям».

В связи с этим для существующих в настоящее время элементов сексуального образования, как правило, характерны воспроизводство гендерных стереотипов и попытки пропагандировать представление о том, что сексуальная жизнь должна быть отложена до заключения брака и направлена на рождение детей (для воспроизводства нации). Сексуальное образование становится одной из практик, с помощью которых гендерные различия приобретают статус «естественных» и «природных» и транслируются в русле национальной идеологии. Именно этим в большинстве случаев отличаются те практики сексуального образования, которые описываются как «аутентичный российский подход». При таком подходе набор тем, которые возможно обсуждать в школе, ограничен, из него частично или полностью исключаются такие вопросы, как эффективные способы контрацепции и защита от ИППП и ВИЧ-инфекции, переговоры между партнерами по поводу контрацепции. Само образование, как правило, происходит вне школьных стен. Часто транслируются представления о том, что подростковая активная сексуальная жизнь — это девиация, схожая с наркоманией и злоупотреблением алкоголем, подчеркивается важность семьи и материнства, нормальная семья предстает как гетеросексуальная моногамная пара, у которой есть дети.

В то же время существуют альтернативные мнения и проекты, которые ставят своей целью через сексуальное образование способствовать достижению гендерного равенства, искоренению «двойного стандарта» и обращают внимание на то, как влияют гендерные стереотипы

на обеспечение безопасного сексуального поведения и репродуктивного здоровья. Однако возможности для развития таких подходов в настоящее время во многом ограничены.

Литература

- Болтански Л. и Тевено Л. (2000). Социология критической способности, *Журнал социологии и социальной антропологии*, т. 3, № 3.
- Вагнер П. (2000). Вслед за «Оправданием»: репертуар оценки и социологии современности, *Журнал социологии и социальной антропологии*, 2000, т. 3, № 3.
- Вовк Е. (2006). ВИЧ/СПИД в России: образ проблемы и стратегии поведения, *Социальная реальность*, № 11, с. 7–24.
- Гапова Е. (2007). Гендер и постсоветские нации: личное как политическое, *Ab Imperio*, № 1.
- Греченкова Т.И. и Куприянова И.С. (2003). Программы сексуального образования подростков и молодежи: проблемы и пути решения, в кн.: Е.Р. Ярская-Смирнова, Н.И. Ловцова, ред., *Гендерная экспертиза социальной политики и социального обслуживания на региональном уровне*. Саратов: Научная книга, с. 249–264.
- Журженко Т. (2004). Старая идеология новой семьи: демографический национализм России и Украины, в кн.: С. Ушакин, ред., *Семейные узы: модели для сборки*. М.: Новое литературное обозрение.
- Золотова А. (2004). *Православные модели репродуктивного поведения*: Магистерская дис. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге.
- Кон И.С. 1997а. *Вкус запретного плода: сексология для всех*. М.: Семья и школа.
- Кон И.С. 1997б. *Сексуальная культура в России: Клубничка на березке*. М.: ОГИ.
- Кон И.С. 2005. *Сексуальная культура в России: Клубничка на березке*. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Айрис-пресс.
- Культурные аспекты профилактики и борьбы с распространением ВИЧ/СПИД в России* (2003). М.: Права человека.
- Медведева И.Я. и Шишова Т.Л. (1998). Международный проект «Половое воспитание российских школьников» и национальная безопасность, в кн.: Т.А. Берсенева, сост., *Действительно ли мы этого хотим? Учебное пособие*. СПб.: АППО, с. 4–19.
- Ноженко М.В. (2007). *Национальные государства в Европе*. СПб.: Норма.

- Резер Т.М. (2003). Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования, *Социс*, № 1, с. 102–109.
- Результаты исследования охвата подростков и молодежи Санкт-Петербурга услугами учреждений и организаций в области охраны репродуктивного здоровья*: Исследования в рамках проекта Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в РФ «Приглашение в будущее» (2006), кол. авторов. СПб.
- Смирнова А.В. (2005). *Гендерная социализация в общеобразовательной школе*: Дис. ... канд. социол. наук. Нижн. Новгород. (Рукопись).
- Снарская О. (2006). *Сексуальное образование российских школьников: дискуссия и практики*: Магистр. дис. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге.
- Тёмкина А. (2003). Половая жизнь в позднесоветском браке, в кн.: С. Ушакин, ред., *Семейные узы: модели для сборки*. М.: Новое литературное обозрение, с. 515–547.
- Широкалова Г.С. и Аникина А.В. (2007). Политический выбор Русской Православной Церкви как фактор, определяющий ее будущее, *Социс*, № 2, с. 103–113.
- Bloch D. and Derryberry M. (1971). Effects of Political Controversy on Sex Education Research: A Case Study, *The Family Coordinator*, vol. 20, N 3, p. 259–264.
- Boltanski L. and Thevenot L. (1999). The Sociology of Critical Capacity, *European Journal of Social Theory*, N 2, p. 359–377.
- Gal S. and Kligman G. (2000). *The Politics of Gender after Socialism: a Comparative-historical Essay*. Princeton University Press.
- Kessler S., Ashenden D.J., Connell R.W., and Dowsett G.W. (1985). Gender Relations in Secondary Schooling, in: *Sociology of Education*, vol. 58, N 1, p. 34–35.
- Kontula O. (2004). *Reproductive Health Behaviour of Young Europeans*. Vol. 2: *The Role of Education and Information*. Council of Europe Publishing. (Population Studies; N 45).
- Rotkirch A. (2000). *The Man Question. Loves and Lives in Late 20th Century Russia*. University of Helsinki. Department of Social Policy. (Research Reports).
- Rivkin-Fish M. (1999). Sexuality Education in Russia: Defining Pleasure and Danger For a Fledging Democratic Society, *Social Science & Medicine*, N 49.
- Sexuality Education in Europe* (2006). A Reference guide to policies and practices. IPPF European Network.
- Stothard B., Romanova O., and Ivanova L. (2007). Recent Developments in HIV/AIDS Prevention for Russian Adolescents, *Sex Education*, vol. 7, N 2 (May), p. 175–189.

- Zdravomyslova E. (2001). Hypocritical Sexuality of the late Soviet Period: Sexual Knowledge and Sexual Ignorance, in: S. Webber, I. Liikanen, eds., *Education and Civic Culture in Post-Communist Countries*. London: Palgrave, p. 151–167.
- Young people and HIV/AIDS: opportunity in crisis* (2002). New York; Geneva: UNICEF: UNAIDS: WHO.
- Yuval-Davis N. (1997). *Gender and Nation*. Sage Publications.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Источники

- Актуальные проблемы российского образования: Материалы VI Международных Рождественских образовательных чтений*, <http://orthomed.ru/rms.php?id=library.decay.0107#doc4>, 28.08.08.
- Бадирова З.А. и Козлова А.В. (2004). *Классные часы и беседы для девушек 6–11 классов*. М.
- Безопасный секс: величина риска*. Брошюра для подростков (1999). М.: СПИД-инфосвязь.
- Берсенева Т.А. (2004). *Духовно-нравственные ценности и ориентации в мировоззрении старшеклассников и учителей*. СПб.: СПбАПО (Научные школы Академии).
- ВИЧ — узнай больше* (2001). Фонд социального развития и охраны здоровья «Фокус-Медиа».
- Всё в наших руках: Пособие по первичной профилактике ВИЧ/СПИДа* (2001). М.: Молодежный социально-психологический центр «ДВЕРИ».
- Вступительное слово В. Путина на заседании президиума государственного совета «О неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. 21 апреля 2006 г.»*, http://kremlin.ru/appears/2006/04/21/1646_type63374type63378_104781.shtml, 15.05.2008.
- Действительно ли мы этого хотим? Учебное пособие (год?)*. Т.А. Берсенева, сост. СПб.: АПО.
- Дети и сексуальное «просвещение»* (2001): Пособие для родителей в вопросах и ответах с извлечениями из законодательства и образцами судебных документов. М.: Христианская литература.
- Есть о чем подумать*. Буклет для подростков (1999). М.: СПИД-инфосвязь.
- Здоровье подростков: Вопросы и Ответы*. Буклет для подростков (2001). ЧГОБФ «Береги себя».
- Знаю, как избежать! Подросткам об инфекциях, передающихся половым путем* (1999). Новосибирск.

Клиники, дружественные к молодежи (пособие для организатора) (2004). Новосибирск.

Клиники, дружественные к молодежи (2006): Руководство для врачей и организаторов здравоохранения. М.: ЮНИСЕФ: СПБМАПО.

Колесов Д.В. *Биология. Человек*: Учебник для 8-го кл. общеобразоват. учреждений (2005), Д.В. Колесов, Р.Д. Маш, И.Н. Беляев, ред., 6-е изд., стереотип. М.

Красная нить. Советы и рекомендации — методы работы по профилактике ВИЧ/СПИДа и половому воспитанию среди подростков (2006), пер. со швед. Ю. Колесова. Стокгольм; СПб.: LAFA: The Stockholm County AIDS Prevention Programme.

Майсюк Е. *Учить ребенка сексу — значит, развращать его*, <http://orthomed.ru/pms.php?id=library.decay.0105>, 28.08.2008.

Медведева И. *Предательство своего ребенка — это последнее дело*, <http://orthomed.ru/pms.php?id=library.decay.0102>, 28.08.08.

Медведева И. и Шишова Т. *В маске школьного учебника*, <http://orthomed.ru/pms.php?id=library.decay.0043>, 28.08.08.

Мотовилова А. *Анти-Холис: родительские войны*, www.nakanune.ru/articles/antixolis_roditel_skie_vojny, 14.08.2006.

Нам не все равно... А Тебе?.. (2001). М.: Гуманитарный проект.

Носачев Г.Н. (1996). Половое и сексуальное самоопределение, в кн.: *Основы жизненного самоопределения: Учебное пособие для старшеклассников*. Самара: Самарский Дом печати.

Основы безопасности жизнедеятельности. 11-й кл.: Учебник для общеобразоват. учреждений (2005), В.В. Марков, В.Н. Латчук, С.К. Миронов, С.Н. Вангородский, ред., 6 изд., перераб. М.

Основы знаний о профилактике наркозависимости, ВИЧ/СПИДа, ИППП: Методическое руководство для молодежи и лидеров программы «Равный поможет равному» (2001). Новосибирск.

PRO здоровый образ жизни (2005). СПб.: НПО «Взгляд в будущее».

Профилактика ВИЧ/СПИДа в детско-молодежной среде: Учебное пособие для студентов педагогических вузов (2006), К.Г. Гуревич, Л.М. Шишова, ред. М.

Профилактика ВИЧ/СПИДа у несовершеннолетних в образовательной среде: Учебное пособие для преподавателей педагогических вузов (2006). М.: ООО «Фирма «ВАРИАНТ»».

Пять специальных уроков для школьников 9–11 классов по профилактике ВИЧ/СПИДа: Методическое пособие (2005). М.

Региональная стратегия ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Программа «Репродуктивное здоровье и беременность» (2001). Копенгаген.

Русская православная церковь о государственной политике «Планирования семьи», <http://orthomed.ru/pms.php?id=library.raps.0007>, 29.08.08.

Слободчиков В.И. и Абраменкова В.В. Экспертиза раздела «Интимные отношения и здоровье подростков», в кн.: *Основы безопасности жизнедеятельности*. Учебное пособие для 9 класса, <http://orthomed.ru/pms.php?id=library.decau.0108>, 28.08.2008.

Соколов-Митрич Д. *Растление малолетних за бюджетные деньги*: В Екатеринбурге семья и школа объявили друг другу войну за детские души, *Известия*, 23.03.2006, <http://www.izvestia.ru/investigation/article/3091349/index.html>

Церковно-общественный форум «*Духовно-нравственные основы демографического развития России*»: Из вступительного слова патриарха Алексия, <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0175/nauka01.php>

Список интервью

Информанты представляют три города — Санкт-Петербург, Самару и Новосибирск. Все интервью, кроме специально отмеченных, проведены автором статьи в рамках диссертационного проекта и проекта Карнеги.

1. И.К., ж., 40 лет, С.В., ж. 40 лет, методисты Центра гражданского образования, Областной институт повышения квалификации работников образования; учителя истории, обществознания и граждановедения.

2. В.А., м., 40 лет, Н.П., ж. 35 лет, методисты кафедры социально-экономического образования, Областной институт повышения квалификации работников образования; учителя истории, обществознания и граждановедения.

3. Т.А., ж., 35 лет, ведущий специалист городского Департамента образования.

4. С.И., м., 55 лет, заведующий кафедрой валеологии, Академия постдипломного педагогического образования.

5. Н.И., ж., 50 лет, методист кафедры основ безопасности жизнедеятельности, Академия постдипломного педагогического образования.

6. А.С., ж., 45 лет, доцент кафедры истории педагогики, Академия постдипломного педагогического образования.

7. Е.А., ж., 40 лет, главный гинеколог города по работе с подростками.

8. М.Д., м., 40 лет, директор Научно-практического центра медицинской профилактики Государственного медицинского университета.

9. Н.Н., ж., 50 лет, главный врач Центра планирования семьи и репродукции.

10. А.П., ж., 45 лет, заведующая женской консультацией, координатор проекта по охране репродуктивного здоровья подростков.

11. В.И., ж., 50 лет, директор Центра социально-психологической помощи населению.

12. О.А., ж., 35 лет, заведующая Молодежной консультацией.

13. Е.П., ж., 40 лет, заведующая Молодежной консультацией.

14. О.Б., ж., 35 лет, психолог Молодежной консультации.

15. Групповое интервью с учителями (численность группы — 10 чел., женщины; состав группы: учителя — 8 чел., заместитель директора по воспитательной работе — 1 чел., педагоги учреждений дополнительного образования — 2 чел.; учителя преподают различные предметы: граждановедение, ОБЖ, история, обществознание).

16. М.И., м., 55 лет, главный врач Центра репродуктивного здоровья подростков⁹.

17. Е.Г., ж., 45 лет, специалист муниципального Консультативно-диагностического центра для детей и подростков.

18. Н.Л., ж., 40 лет, и.о. заведующей женской консультацией, специалист кабинета планирования семьи.

19. Экспертное интервью с доктором философских наук профессором И.С. Коном.

⁹ Интервью предоставлено программой гендерных исследований ЕУСПб.

Анна Тёмкина

**ПОЛОВОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ
КАК МОРАЛЬНОЕ ВОСПИТАНИЕ
(ПОЗДНЕСОВЕТСКИЕ ДИСКУРСЫ
О СЕКСУАЛЬНОСТИ)¹**

Высказывание о том, что «секса в Советском Союзе не было», в перестроечные годы стало крылатым. Чаще всего, соглашаясь с ним, подразумевают отсутствие публичного обсуждения вопросов сексуальности. Мы, однако, хотим показать, что в позднесоветское время официально, хотя и крайне осторожно, признавалось невежество советской молодежи в вопросах половых отношений и обсуждалось его возможное преодоление.

Признание необходимости просвещения было связано в первую очередь с тем, что молодежь усваивает «чуждые социалистическому обществу» практики сексуального поведения, которые с точки зрения официальной идеологии необходимо ограничивать. Именно этому и должно было служить моральное воспитание, направленное на критику пережитков капитализма и «тлетворного влияния Запада». Однако в процессе осторожного и ограниченного нравственного воспитания молодежи в публичном дискурсе происходило и информирование о некоторых аспектах сексуальной жизни. Как указано в предисловии к переводному изданию «Молодежь и любовь» немецкого социолога Рольфа Бормана, опубликованному в Москве в 1975 г. (оригинал издан в Берлине, ГДР, в 1974 г.), «формирование высоких чувств любви

¹ Более ранние версии данной статьи см.: Тёмкина А. (2004). Половая жизнь в позднесоветском браке, в кн.: *Семейные узы: модели для сборки*, С. Ушакин, ред. М.: Новое литературное обозрение, с. 515–547; Тёмкина А. (2008). *Сексуальная жизнь женщины: между подчинением и свободой*. СПб.: ЕУСПб.

у молодежи и ее половое воспитание представляет актуальную задачу семьи, школы и общества в целом... В то же время половое воспитание молодежи часто встречает определенное сопротивление среди взрослых... Автор... убедительно показывает, что в нравственном воспитании чувств больше внимания необходимо уделять половому просвещению» (Борман 1975: 5).

Задача данной статьи состоит в реконструкции того, чему же и как учили советскую молодежь со страниц открытой печати в 1960–80-е гг., когда отсутствовали другие формы сексуального (полового) просвещения, а знания обретались преимущественно через практику, подростковые группы, репрезентации в искусстве и фольклор (Rotkirch 2000). Материалом для данного исследования послужили книги и статьи, которые относятся к публицистическому, медицинскому, педагогическому, социологическому, психологическому, культурологическому и юридическому дискурсам.

В поле нашего внимания находились 41 популярное издание, опубликованные в период с 1960 по 1985 г.², которые затрагивали вопросы сексуальных (половых в терминах того времени) отношений в ходе обсуждения проблем воспитания подростков и молодежи, супружества и брака. Эти книги были направлены в первую очередь на ту аудиторию, которая должна была обучать молодежь (психологи, педагоги, врачи, родители, воспитатели и пр.). Выбор изданий для данного исследования осуществлялся по предметному и алфавитному каталогам Российской национальной библиотеки (С.-Петербург), использовались экспертные комментарии И. Кона, а также аннотированная библиография по интересующим нас вопросам (Голод 1995). При анализе текстов мы обращали внимание в первую очередь на аннотации, предисловия, комментарии переводчика или издательства (для чего была написана та или иная книга (статья), в которой освещаются определенные аспекты сексуальности, — например, для профилактики сексопатологий или для морального воспитания; на какую целевую аудиторию она рассчитана и пр.), на ее содержание (в каком именно разделе освещаются половые отношения — например, гигиены, морали или семейной жизни), на цитирование других авторов и библиографические ссылки, которые служили также источником для дальнейшего поиска необ-

² См. раздел «Источники». До 1960 года ряд аспектов гигиены затрагивался в руководствах по домоводству (см., напр.: Домоводство 1956). Мы также использовали некоторые более поздние переиздания отдельных текстов.

ходимых данных. Те разделы, в которых половые отношения являлись предметом специального внимания авторов, были проанализированы отдельно. Мы также использовали материалы профессиональных социологических и культурологических исследований, опубликованных в позднесоветский период.

Итак, опираясь на анализ текстов, мы рассматриваем основные рамки дискуссии о сексуальности, описываем формирование массива литературы, которая доносила до читателя представление о половых отношениях в советском обществе. Мы реконструируем дискурс рисков (угроз и опасностей в терминах того времени) молодежи в интимной сфере жизни, а затем гендерные нормы и идентичности, представленные в данных текстах.

«Половое просвещение неотделимо от общего коммунистического воспитания»

Сфера сексуальной жизни в позднесоветский период характеризуется систематическим расхождением между официальными и повседневными интерпретациями, между пуританизмом публичного умалчивания и низкой степенью институциональной рефлексивности в отношении сексуальных практик. В повседневной жизни в конце советского периода жесткие нормы сексуальности, сводимые исключительно к браку и репродукции, стали утрачивать свое значение. Однако официальная политика предпочитала в основном не замечать подобных изменений, следствием чего был низкий уровень знаний о сексуальности, отсутствие средств, позволяющих эффективно контролировать репродуктивное поведение, и пр. Публичное умалчивание сексуальности, цензурирование и самоцензурирование профессиональных дискурсов, отсутствие образования и обсуждения изменяющихся сексуальных практик, вытеснение обсуждения сексуальности в сферу теневого фольклора позволило назвать позднесоветский дискурс о сексуальности лицемерным (Zdravomyslova 2001). Однако сфера сексуальности («половых отношений») не была полностью закрытой темой. С 1960-х годов росло число публикаций, количество профессиональной и публицистической литературы, в которой обсуждались некоторые проблемы половых отношений.

Рамки обсуждения сексуального поведения были заданы основными постулатами социалистической идеологии и морали. Любовь и по-

ловые отношения отождествлялись с браком—семьей — основной ячейкой социалистического общества. Укрепление семьи рассматривалось в контексте совершенствования социалистического образа жизни и реализации возможностей развитого социализма (Харчев 1979: 5). Основные функции семьи определялись как воспроизводство населения и воспитание детей (Харчев 1968; Семья сегодня 1979) и наделялись государственно-идеологической важностью (см. также: Чуйкина 2002; Кон 2005). Эффективная демографическая политика являлась одной из задач Коммунистической партии (см., напр.: Антонов 1980: 7); цель воспитания, в соответствии с Программой КПСС, определялась как формирование личности социалистического типа, гармонически сочетающей в себе духовное богатство, моральную чистоту и физическое совершенство (Харчев 1979: 162). В тот период, когда многие советские люди разводились, мужчины уклонялись от уплаты алиментов и участия в воспитании детей, женщины делали многочисленные аборт в травматических условиях советских больниц, адюльтер был типичным социальным явлением (см., напр.: Rotkirch 2002; Кон 2005) — официальный дискурс экспертов и публицистов не замечал этих явлений. Как заклинание, он твердил и утверждал чистоту морали и крепости семьи.

Однако в 1960–1980-е гг. на периферии общественного дискурса начинается обсуждение половых отношений³. Постепенно возникает критическая рефлексия в публицистическом, медицинском, педагогическом, социологическом, психологическом, культурологическом и юридическом дискурсах. Этому способствовали частичное ослабление репрессий и контроля, а также либерализация сексуальной и гендерной политики и общие модернизационные изменения в российском и западном обществе на поведенческом уровне. Важен был также и общий рост рефлексивности общества в отношении социальных практик — институционализация психологии и социологии, возобновление некоторых исследований сексуальности, появление первых центров семейного здоровья и пр. Сциентистские установки этих исследований, с одной стороны, ставили под сомнение натурализацию сексуальной жизни, с другой — противопоставляли себя идеологической сексофобии.

В этот период изменяются практики молодежи, получает более широкое распространение добрачная и внебрачная сексуальность. Увели-

³ Хронологические изменения, происходившие в дискурсе с начала 1960-х до середины 1980-х гг., здесь не рассматриваются (об этом см.: Голод 1995).

чивается число разводов, падает рождаемость. Данные процессы воспринимаются государством, говоря современным языком, как угроза национальной безопасности, хотя и выражаются преимущественно в терминах нехватки трудовых ресурсов (Чернова 2008). На фоне осторожной либерализации допускается обсуждение некоторых проблем репродуктивного поведения и сексуальной (половой) жизни. Тексты различных руководств, посвященных половому воспитанию, имеют специфическую структуру. В них критикуются отдельные негативные стороны советского общества (в качестве «пережитков прошлого» и последствий «буржуазного влияния»), вырабатываются рецепты для их преодоления в области сексуальной жизни. При этом в данных текстах предпринимаются некоторые попытки просвещения, получения и распространения научного знания. Невежество советских граждан в сфере сексуальности фиксируется многими авторами: «Несмотря на насущную потребность, различные аспекты семейно-половых отношений абсолютно неизвестны многим людям» (Кушнирук и Щербаков 1982: 10).

Просвещение, дающее «элементарные знания» об анатомии, физиологии, половых отношениях и детской сексуальности, начинается в медико-гигиенической области и в основном ею и ограничивается. В 1960–1980-х годах появляются сексологические центры, происходит становление сексопатологии и сексологии (Кон 1997: 179–184, 2005: 239–241). Из популярных, но труднодоступных книг по сексо(пато)логии⁴ можно было получить представление о взглядах З. Фрейда, А. Кинзи, У. Мастерса и В. Джонсона, о возрастных и половых особенностях полового влечения и половых функций, но преимущественно они содержали информацию об их нарушениях: психо-соматических сексуальных расстройствах, лечении и профилактике⁵. Сексуальная сфера, рассматриваемая с точки зрения сексопатологии, — это сфера медицинского вмешательства и коррекции отклонений. При этом ме-

⁴ Эти и другие книги упоминаются в биографических интервью как издания, которые передавались из рук в руки, часто на одну ночь, «зачитывались до дыр»; в позднесоветский период в ряде случаев они тщательно штудировались.

⁵ См., напр., работы врачей-психиатров Д. Исаева и В. Кагана (1979), А. Свядоца (1974); невропатолога Г. Васильченко (1977, 1983). Руководства для врачей, изданные под редакцией профессора Г. Васильченко даже в начале 2000-х гг., в РНБ С.-Петербурга имели статус «особо ценных» и выдавались только под залог документа.

дицинское просвещение находилось под сильным институциональным и идеологическим контролем, многие работы были «сдобрены лошадиной дозой морализирования» (Кон 1997: 182).

Некоторые аспекты половых отношений в СССР становятся предметом исследований общественных наук. В работах С. Голода и ряда других социологов показана распространенность добрачного и внебрачного сексуального поведения, добрачного зачатия⁶. Такое поведение рассматривается в рамках эволюционных сдвигов: «предпочтительно, но необязательно вступать в брак; желательно иметь детей, но и бездетность не представляется аномальным состоянием» (Голод 1984: 8). В начале 1960-х гг. социологами были зафиксированы умалчивание роли половых отношений в жизни семьи, а также потребность молодежи в половом воспитании (см.: Грушин 1964), позднее были поставлены вопросы о роли супружеского секса и эротической привязанности в стабилизации брака, о роли сексуальной неудовлетворенности — в его распаде. Однако осуществление исследований, как показал Кон, наталкивалось на существенные препятствия. Описание и анализ половых отношений, особенно тех, которые не полностью совпадали с браком, считались угрозой социалистическому строю и потому строго ограничивались.

С 1960-х годов стали появляться историко-культурологические исследования сексуальности. В первую очередь к ним относятся работы И. Кона⁷, в которых делалась попытка противопоставить анализ «объективных социальных сдвигов», включая «сексуальную революцию», — «бесплодному морализированию» (Кон 1966: 66). В этих работах используются понятия «секс» и «сексуальность», изменения в сфере сексуальности и эротики рассматриваются как исторически и социально заданные, моральные нормы в сексуальной сфере — как контекстуально обусловленные. Исследования такого рода ограничиваются несколькими работами, в которых, как правило, используется дискурсивная стратегия критики буржуазных теорий и капиталистического общества.

В этот период издается несколько переводных книг по вопросам пола и сексуальности, написанных врачами и обществоведами в на-

⁶ См., напр.: Голод 1970а, 1970б, 1984.

⁷ Кон (1966, 1967, 1970). По свидетельству И. Кона, наиболее влиятельной была статья «Секс, общество, культура» в *Иностранной литературе* (Кон 1970).

учно-публицистическом жанре⁸, которые остались труднодоступными для широкой публики. Данная литература, описывая некоторые новые тенденции сексуальности, гигиену половой жизни и пр., ориентировала молодежь исключительно на брачную сексуальность. Только брак рассматривался как легитимная форма половых отношений, одновременно он является объектом государственного политического и идеологического регулирования. Подготовка молодого поколения к браку и семье считалась неотъемлемым компонентом формирования советского образа жизни (Борман 1975: 6). «Наше главное стремление — это достижение счастья в браке и через брак» (Нойберт 1967: 27). Сексуальные отношения в любом социалистическом обществе (в данном случае речь идет о ГДР) должны были стать предметом общественной заботы: «Любовь и сексуальные отношения, будь то брачные, добрачные или наряду с брачными, не должны быть *личным делом* (курсив мой. — А.Т.) участников» (Борман 1975: 50).

В 1980-х годах издается несколько пособий для учителей⁹, в которых предпринимается попытка популярного изложения особенностей полового развития человека (см., напр.: Хрипкова и Колесов 1981, 1982). Читателю предоставлялась информация о строении и функциях половой системы, о венерических заболеваниях и вредных привычках, о любви и культуре семейных отношений. В подавляющем большинстве случаев в данных текстах предполагалось и предписывалось «нормальное» сексуальное развитие человека, реализующего свои половые потребности исключительно в браке. Семья, по мнению авторов пособия, является не только личным делом, но и гражданским долгом: «Создать хорошую семью и сохранить ее здоровой и счастливой — человеческий и *гражданский долг* (курсив мой. — А.Т.) каждого юноши» (Ступко и Соколова 1981: 48). «Для нас брак — священный союз», — пишут медики В. Влади́н и Д. Капустин (Влади́н и Капустин 1988: 15), авторы нескольких популярных книг об интимной жизни, изданных в начале 1980-х гг.

Итак, идеология просвещения в области половой жизни опирается на нормативную модель семейно-брачной сексуальности, при этом в

⁸ Например, книги немецкого врача-гигиениста Р. Нойберта (1960, 1967); см. также: Борман 1975.

⁹ Об этих пособиях И. Кон написал, что они представляют собой причудливую смесь полезных физиологических и медико-гигиенических сведений с примитивным морализированием (Кон 2005: 248).

различных текстах постоянно обсуждаются многочисленные отклонения от данной нормы. Авторы отмечают, что неизбежности семьи и коммунистическому воспитанию молодежи угрожают новые явления в частной жизни. Критика нарушений идеологической нормы и рецепты по их преодолению являются важнейшими составляющими дискурса о половых отношениях. Основной целевой группой сексуального просвещения выступает молодежная аудитория, которая должна получать информацию о половых отношениях в ходе и в русле коммунистического воспитания. «Половое просвещение и воспитание *неотделимы от общего коммунистического воспитания* (курсив мой. — А.Т.) — воспитания всесторонне, гармонически развитых строителей нового общества, новых общественных отношений» (Ступко и Соколова 1981: 7). Рассмотрим, как выстраивалась дискурсивная конструкция рисков, сопровождавших либеральные сексуальные практики, и какие стратегии предлагались в целях избегания данных рисков.

«Молодежь Запада захлестнута волной секса»

Авторы текстов выделяют угрозы коммунистической морали и определяют их источники. Утверждается, что советской морали и советскому браку «угрожают» добрачные и внебрачные связи, ранние или внебрачные беременности, аборт, бесплодие, случайные половые связи, онанизм, венерические заболевания, вредные привычки (курение и употребление алкоголя), психосексуальные отклонения и пр. Приведем два примера подобных высказываний: «Легко и рано начатая половая жизнь может стать источником ряда трагедий, причем не только самих участников, но и ребенка, который может родиться от такой связи» (Королев 1978: 63); под влиянием алкоголя «молодые люди нередко вступают в случайные половые связи. А это главный путь, ведущий к заражению венерическими болезнями» (Ступко и Соколова 1981: 26).

В задачи полового воспитания соответственно входит формирование «критического отношения к пережиткам и влиянию мещанской буржуазной морали, стойкости к влиянию буржуазной идеологии в сфере взаимоотношений мужчин и женщин» (Хрипкова и Колесов 1981: 94). Советы подрастающему поколению оцениваются как крайне своевременные в условиях, когда «молодежь Запада захлестнута волной секса, а апологеты капитализма пытаются распространить свои «концепции», касающиеся вопросов пола, среди нашей молодежи»

(Скрипкин и Марьясис 1985: 3). Молодежи угрожает бесконтрольность, стремление к сексуальной свободе и к максимизации наслаждений, с одной стороны, «викторианская» стыдливость и «постное ханжество» — с другой, а также гомосексуализм, порнография и пр. Последним двум явлениям в литературе уделяется лишь незначительное внимание — они криминализованы, и потому считается, что серьезной «угрозы» для советских людей они не представляют. Другим опасностям посвящены большие разделы научно-популярных книг: «Мы хотим предостеречь вас от ошибок, за которые приходится дорого расплачиваться» (Ступко и Соколова 1981: 7). Особое внимание уделяется добрачной и внебрачной сексуальности — именно эти тенденции, как показывали немногочисленные исследования данного периода, получают распространение в повседневности. От них авторы и пытаются предостеречь молодежь.

Дискурсивная конструкция предостережений против практик сексуальной либерализации включает указание причин, к которым относились «пережитки прошлого» и «влияние буржуазной морали», и описание опасностей, их последствий и способов преодоления. В текстах осуществляется стратегия запугивания читателей. «Легкомысленное поведение» (читай: внебрачные и/или случайные связи) считается причиной венерических заболеваний, появления внебрачных детей, утраты (в первую очередь мужчинами) способности к глубоким чувствам, фиксации на физиологии и пр. «Мимолетные, безответственные связи», «частая, беспорядочная смена партнеров» — все это «является наихудшим последствием добрачных половых отношений» (Борман 1975: 83). Последствия гипертрофируются и предстают катастрофическими как для личности, так и для гендерной идентичности: «Для таких мужчин их потенция становится величайшей жизненной ценностью, определяющей весь смысл их жизни, а ее утрата или хотя бы снижение — крупной жизненной потерей... Результат — психосексуальная деградация личности» (Хрипкова и Колесов 1982: 44, 46). Мужчины в этом случае рискуют «деградацией» и утратой маскулинности (отождествленной с сексуальной потенцией), женщины — утратой женственности (отождествляемой с «сознательным материнством»). Следствием безответственности партнеров (особенно мужчин) «нередко бывает... заражение венерическими болезнями, угасание половой функции, нежелательное рождение детей или вынужденное прерывание беременности» (Борман 1975: 83). Немецкий социолог приводит шестнадцать аргументов против добрачных половых связей, среди которых упоми-

наются общие риски, такие как вероятность беременности, опасность аборта, возможность занесения инфекции, и риски морального характера, такие как «чувство вины в результате нарушения норм морали», «чувство вины в связи с общественным порицанием». Описываются также риски для последующей брачной жизни («добрачная связь, как отклонение от моральных принципов, может привести позже к супружеской неверности с вытекающим отсюда ущербом для брака»), а также угрозы гендерной самооценке и выполнению гендерной роли, такие как «опасение потерять уважение мужчины после половой связи» (Там же: 84–85). И хотя автор не определяет пол адресата-подростка, очевидно, что адресатом выступают прежде всего женщины.

Предполагается, что средством противодействия множественным опасностям является нравственное воспитание, цели которого — формирование морали «строителя коммунистического общества» и его/ее сексуальной жизни. «Девияциям» должны быть противопоставлены высокие идеалы, которым нужно обучать молодежь в целях совершенствования личности (см., напр.: Скрипкин и Марьясис 1985: 4), поскольку в конечном счете именно общество несет ответственность за формирование идеалов молодежи и соответствующего поведения. «Главным в половом поведении подростков является характер общественного строя и влияние, оказываемое обществом», и потому воспитание является наиболее действенным средством, направляющим сексуальность молодежи в приемлемое русло. «Правильное половое воспитание и просвещение должно дать молодежи возможность с сознанием ответственности рассматривать проблемы любви и сексуальности» (Борман 1975: 84–85).

В дискурсивной борьбе с нежелательными явлениями выстраивается норма сексуального поведения, помещенного в рамки семьи — любви — духовности — деторождения — воспитания детей. «Любовь — жемчужина человеческих отношений, оправой которой является супружество» (Скрипкин и Марьясис 1985: 23) — это лейтмотив большинства текстов, затрагивающих половые отношения. Используемые цитаты из К. Маркса и Ф. Энгельса, В. Ленина, А. Макаренко призваны подтверждать важность любви в социалистическом браке. Любовь в позднесоветском дискурсе становится предметом специального обсуждения. В одних случаях она является эвфемизмом для описания половых отношений (см., напр.: Нойберт 1967). В других — рассматриваются ее виды, история, литературная репрезентация, соотношение любви и семьи и пр. (см.: Рюриков 1967, 1977). Однако пропагандируе-

мая любовь — основа моногамного официального брачного союза — не имеет ничего общего с теми идеалами свободной пролетарской любви товарищей, которые отстаивала, например, А. Коллонтай. Брак основан на любви, и «в идеале моногамный брак равнозначен пожизненному супружеству» (Харчев 1979: 219) — эти утверждения повторяются в разных вариантах в большинстве текстов.

Однако там же признается, что любовные чувства не обязательно тождественны браку, и такие ситуации становятся проблемными для критики. Если авторы единодушны в осуждении случайных — т. е. легкомысленных и беспорядочных — связей, особенно в ранней молодости, то в отношении внебрачных половых отношений, основанных на любви, проявляется лояльность. Любовь «как основа брака выступает в качестве высшего *морального оправдания* (курсив мой. — А.Т.) половой связи». Тогда приходится признать, пишет один из ведущих социологов семьи А. Харчев, «*моральную правомерность* (курсив мой. — А.Т.) такой связи, когда любовь по тем или иным причинам не завершилась браком» (Там же: 180). Об этом рассуждает в публицистических работах Ю. Рюриков, выступая против «морализма» и «морализаторов». Современная семья, с его точки зрения, «узка» для личности и для любви, хотя и является «одним из главных русел, в которых течет любовь» (Рюриков 1967: 149, 160). Любовь может служить оправданием измен: «иногда это истинная, большая любовь, пришедшая с опозданием» (Владин и Капустин 1988: 179). Любовь и страсть легитимируют внебрачные сексуальные отношения в официальном дискурсе (включая многочисленные художественные произведения и кинофильмы советского времени). И поскольку возникновение чувств — слабо контролируемый процесс, остается только надеяться, что по мере «большого распространения норм коммунистической морали... такие явления, как внебрачные связи, отомрут наконец вовсе» (Там же).

Медики и публицисты выделяют и другие причины внебрачных связей, которые реконструируются на основе историй пациентов и писем читателей. К ним относятся, во-первых, «угасание половой любви», когда измены становятся «протестом против привычки, однообразия, вседоступности» (Там же: 171, 174). Во-вторых, гендерные различия: измены мужчин объясняются «привычкой» и «усталостью от брака»; измены женщин — неудовлетворенностью сексуальными способностями мужа (Владин и Капустин 1988). Публицисты отмечают, что жены отстают в духовном развитии от мужей и стареют раньше них, утрачивая сексуальную и эмоциональную привлекательность, в результате

чего муж стремится подтвердить свою сексуальную потенцию с более молодыми женщинами (Нойберт 1967: 226–242). Эти процессы предстают как естественные характеристики брачного цикла и половых различий. Авторы осуждают данные явления, указывая на их негативные последствия (венерические заболевания¹⁰, разводы, одиночество, страдания детей и супруга(и) и пр.), и дают советы, как избежать измен. Рецепты касаются в первую очередь преодоления рутины брака различными способами (высказываются предложения, адресованные супругам, — «устроить незапланированный праздник», «провести раздельно отпуск», «обратиться к врачу», а также отдельно женщинам, например — «привести себя в порядок», т. е. вернуть утраченную сексуальную привлекательность для мужа). «Супруги должны преодолеть монотонность жизни, придать ей определенное разнообразие», оставаясь в достаточно неопределенных, но, тем не менее, жестких рамках: «разумеется, в известных границах, чтобы они не приобрели гротескных форм» (Марьясис 1983: 91). Можно предположить, что автор имеет в виду разнообразие сексуальных практик, но не решается сказать об этом открыто. Он, однако, не забывает предупредить о недопустимости гротеска (трудно заподозрить его в том, что в виду имеются, например, презервативы или лубрикаты с фруктовым вкусом, сексуальные игрушки или эротическая продукция, не доступные советским людям). И в конечном счете, как пишет один из авторов, «я не могу дать супругам лучшего совета, чем совет еще раз влюбиться друг в друга» (Нойберт 1967: 235). Необходимо сохранять незыблемость семьи и избегать практик, которые, как утверждают другие авторы, — противоречат «не только нашей социалистической морали, но и морали вообще» (Владин и Капустин 1983: 164).

Итак, половое просвещение должно опираться на мораль, которая ориентирует мужчин и женщин на любовь и брак. Речь не идет о безопасном сексе, эффективном использовании контрацепции, планировании деторождения и пр. Моральное и физическое самоограничение представляются эффективными способами избегания проблем и рисков.

Попытки просветить и предостеречь советских граждан от опасностей, сопряженных с интимной жизнью, включают формирование

¹⁰ «Есть только один абсолютно надежный способ избежать заражения — отказаться от всяких внебрачных половых связей» (Владин и Капустин 1988: 181).

«правильной» мужественности и женственности. В конструкции гендерных норм содержится осторожная критика последствий советской эмансипации, стремление усилить поляризацию ролей.

**«Ослабление женственности —
большая психологическая беда для семейной жизни»**

В рассматриваемых текстах проблематизируются советская гендерная политика и ее последствия. С одной стороны, в текстах положительно оценивается эмансипация женщин: в социалистическом обществе, где женщины «имеют широкие возможности для выбора занятий по своему желанию, и общество не ставит им в этом ограничений» (Хрипкова и Колесов 1981: 81). С другой стороны, негативно оцениваются последствия «стирания различий», утверждается необходимость воспитания, учитывающего природные особенности пола. «Ослабление женственности — большая психологическая беда для семейной жизни, для культуры любви, для всего мира личных отношений» (Рюриков 1977: 55). Гендерные различия и двойной стандарт поведения в сексуальной сфере конституируются через апелляцию к естественным биологическим и психологическим различиям полов и к «естественному женскому предназначению», внеисторическому и внеконтекстуальному: *«Независимо от эпохи женственность всегда будет предполагать чуткость эмоционального восприятия, психологическую пластичность женской натуры, специфическую привлекательность для представителей мужского пола; в любую эпоху (курсив мой. — А.Т.) высоко ценимыми качествами женщины будут качества матери»* (Хрипкова и Колесов 1981: 72). В такой позиции содержится неявная критика эмансипации советского образца, приводящей к «маскулинизации женщин» и «феминизации мужчин» (Исаев и Каган 1979: 14). В текстах описываются и объясняются полотипиизирующие различия. Девочке—женщине предписывается стыдливость, скромность, целомудренность, мягкость, чувствительность, аккуратность и пр., мальчику—мужчине — активность, сила, выносливость, решительность, широта интересов, ответственность и пр. В сфере сексуальных отношений инициатива должна принадлежать мужчине: «не принято, чтобы женщина сама начинала ухаживать за мужчиной», поскольку «это противоречит и женской природе, и конкретно-историческим особенностям женской психики» (Хрипкова и Колесов 1981: 86). Популяризаторы

науки дают конкретные советы по поводу особенностей женского организма и правильного поведения мужа, способствующего сексуальному удовлетворению жены; при этом жена «никогда не должна оценивать сексуальные способности мужа отрицательно, независимо от того, получает ли она удовлетворение» (Владин и Капустин 1988: 82–88). В текстах содержатся конкретные предписания супругам в первую брачную ночь: в частности, муж должен проявлять инициативу, от него требуется особый такт и внимание, «в первые месяцы интимной жизни *муж должен позаботиться* (курсив мой. — А.Т.) о том, чтобы ускорить пробуждение у жены чувственности» (Марьясис 1983: 91), и пр. В обсуждении половых различий и особенностей психологии выстраивается конструкция «женщины» — реципиента сексуальных отношений и «мужчины» — их инициатора, ответственного за качество половой жизни супругов.

Однако проявление «естественных» качеств мужественности (отчасти и женственности) содержит в себе угрозу моральным основам общества, провоцируя бесконтрольность и выход сексуальности за пределы брака. «Природа» препятствует контролю половой жизни, который необходим для воспитания советского человека. В первую очередь это касается мужчин, которые считаются сексуально активными «от природы». Они часто стремятся утверждать свою мужественность через сексуальные «подвиги». Негативным последствием таких установок становится «комплекс Дон-Жуана»: мужчина «гордится своими половыми подвигами и старается их даже раздувать» (Хрипкова и Колесов 1982: 47). Мужчина такого типа «стремится к бездуховной физической связи», «уделяет излишнее внимание узко половым отношениям», «пренебрегает потребностями женщины», «склонен к изменам» и пр. (Там же: 44–52). В таком поведении содержится угроза морально-нравственным устоям общества. Поэтому для воспитания советских граждан и гражданок необходимо разрабатывать механизмы формирования «правильных» образцов мужественности и женственности, опираясь на научное знание половых различий. Женщина, как и мужчина, должна следовать «правильным» образцам женственности, конституируемой через материнство. Женщина, как утверждают авторы, «должна знать и помнить, что высшее предназначение в жизни — рождение себе подобного, продолжение рода, а не сиюминутная радость и наслаждение» (Владин и Капустин 1988: 60). Материнство представляется как гражданский долг по отношению к социалистическому государству, поддерживающему его целевой социальной политикой

(см.: Здравомыслова и Тёмкина 2007). Нормативный дискурс научно-популярной литературы связывает «правильное» материнство с полной семьей. Однако допускаются отклонения от этой нормы: «материнство вне брака с точки зрения морали не считается больше позорным для женщины» (Нойберт 1960: 50).

Заключение

Мы можем утверждать, что секс в Советском Союзе все-таки был, если иметь в виду публичное обсуждение вопросов сексуальности в позднесоветский период, хотя это обсуждение было весьма осторожным, а набор тем — весьма ограниченным. Применительно к данному периоду трудно говорить о дебате сторонников и противников сексуального образования, который существует в современной России (см. статью О. Снарской в данном сборнике). Окрашенные в моральные тона немногочисленные советские книги-руководства для воспитателей и профессионалов были теми единственными источниками, в которых в принципе поднимались вопросы полового просвещения. В них признавалась невежественность молодежи в вопросах сексуальных отношений и необходимость некоторого просвещения, дающего элементарные знания об анатомии, психологии, о половых отношениях и детской сексуальности. В книгах и статьях, ориентированных на медиков, психологов, педагогов и пр., формировалась концепция воспитания молодых людей, которые должны следовать определенным нормам в своей интимной жизни. Если сопоставить эту концепцию с дебатами 1999–2000 гг. (см.: Там же), то в ней обнаруживаются многие аргументы современных противников сексуального образования, однако эти аргументы в позднесоветский период используют те авторы, которые в целом поддерживают идею просвещения.

Для советской концепции сексуального просвещения было характерно наличие ряда особенностей. Во-первых, просвещение признавалось одной из сторон нравственного воспитания молодежи, соответственно первостепенная роль в нем отводилась обществу и коммунистической идеологии. Во-вторых, в качестве главной или даже единственной формы сексуальных отношений признавался моногамный брак, основанный на взаимной любви. Желательным считалось воздержание от сексуальной жизни вне и особенно до брака. В-третьих, фиксировалось, что не все практики советских граждан соответствуют

нормам, а отклонения от них чреваты многочисленными негативными последствиями на индивидуальном уровне и на уровне общества, поэтому с этими отклонениями необходимо бороться. В-четвертых, причинами отклонений считалось влияние чуждых по идеологии общественных систем — западных в первую очередь. Подчеркивались не столько культурные, сколько идеологические отличия советского общества и советской молодежи, которые должны противостоять западным угрозам. В-пятых, в текстах практически не звучали идеи безопасного сексуального поведения и избегания рисков. В-шестых, в них отсутствовали детальное описание и классификации сексуальных практик и норм. Практика удовольствия, как правило, не упоминалась. И наконец, в-седьмых, сфера сексуального просвещения представляла собой область конструирования традиционных гендерных различий, отчасти оппонирующую официальному дискурсу советской эмансипации.

Литература

- Голод С. (1995). *Аннотированная библиография по социальным проблемам сексуальности (1960-е — первая половина 1990-х гг.)*. СПб.: СПб филиал Института социологии РАН.
- Здравомыслова Е. и Тёмкина А., ред. (2007). *Российский гендерный порядок: социологический подход*. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге.
- 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.
- Чернова Ж. (2008). *Семейная политика в Европе и России: гендерный анализ*. СПб.: Норма.
- Чуйкина С. (2002). Быт неотделим от политики»: официальные и неофициальные нормы «половой» морали в советском обществе 1930–1980-х гг., в кн.: Е. Здравомыслова, А. Темкина, ред., *В поисках сексуальности*. СПб.: Дмитрий Буланин.
- Rotkirch A. (2000). *The Man Question. Loves and Lives in Late 20th Century Russia*. University of Helsinki, Department of Social Policy. (Research report 1/2000).
- Zdravomyslova E. (2001). Hypocritical Sexuality, in: S. Webber, I. Liikanen, eds., *Education and Civic Culture in Post-Communist Countries*. Palgrave, p. 142–150.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Источники

1. Антонов А. (1980). *Социология рождаемости*. М.: Статистика.
2. Босанац М. (1981). *Внебрачная семья*, пер. с хорватско-сербского. М.: Прогресс.
3. Борман Р. (1975). *Молодежь и любовь*, сокр. пер. с немецкого. М.: Прогресс.
4. Васильченко Г., ред. (1977). *Общая сексопатология. Руководство для врачей*. М.: Медицина.
5. Васильченко Г., ред. (1983). *Частная сексопатология. Руководство для врачей*, т. 1, 2. М.: Медицина.
6. Владин В. и Капустин Д. (1981). *Гармония брака*. Минск: Вышейш. шк.
7. Владин В. и Капустин Д. (1983). *Интимный мир семья*. Минск: Вышейш. шк.
8. Владин В. и Капустин Д. (1988). *Гармония брака*. Кемерово: Кемеровское кн. изд-во.
9. Голод С. (1970а). Социально-психологический эксперимент как метод социологического исследования проблем брака и семьи, в кн.: *Проблемы быта, брака и семьи*. Вильнюс: Минтис, с. 37–42.
10. Голод С. (1970б). *Будущая семья: какова она? (Социально-нравственный аспект)*. М.: Знание.
11. Голод С. (1977). Социально-психологические и нравственные ценности семьи, в кн.: *Молодая семья*, вып. 18. М.: Статистика, с. 47–56.
12. Голод С. (1984). *Стабильность семьи: социологический и демографические аспекты*. Л.: Наука.
13. Грушин Б. (1964). «Слушается дело о разводе...» О так называемых также «легкомысленных браках», *Молодая гвардия*, № 6, с. 164–191; № 7, с. 255–282.
14. Грушин Б. (2001). Проблемы советской семьи, в кн.: Грушин Б. *Четыре жизни России в зеркале опросов общественного мнения*. Очерки массового сознания россиян времен Хрущёва, Брежнева, Горбачёва и Ельцина в 4-х книгах. Жизнь 1-я. Эпоха Хрущёва. М.: Прогресс-Традиция, с. 280–347.
15. *Домоводство* (1956), А. Демезер и М. Дзюба, сост. М.: Гос. изд-во сельскохозяйственной литературы, с. 10–15.
16. Исаев Д. и Каган В. (1979). *Половое воспитание и психогигиена пола у детей*. Л.: Медицина.
17. Кон И. (1966) Половая мораль в свете социологии, *Советская педагогика*. № 12, с. 64–77.
18. Кон И. (1967). Половое созревание как социальная проблема, в кн.: Кон И. *Социология личности*. М.: Политиздат, с. 145–160.

19. Кон И. (1970). Секс, общество, культура, *Иностранная литература*, № 1, с. 243–256.
20. Кон И. (1980). *Дружба. Этико-психологический очерк*. М.: Политиздат.
21. Королев Ю. (1978) *Брак и развод. Современные тенденции*. М.: Юридическая лит-ра.
22. Кушнирук Ю. и Щербаков А. (1982). *Популярно о сексологии*. Киев: Наукова Думка.
23. Марьясис Е. (1983). *Гармония семейной жизни. О гигиене пола*. Ставрополь: Ставропольск. кн. изд-во.
24. Нойберг Р. (Нейберг Р) (1960). *Вопросы пола (книга для молодежи)*. Фрунзе: Мин.здрав. Киргизской ССР.
25. Нойберг Р. (1967). *Новая книга о супружестве. Проблемы брака в настоящем и будущем*, пер. с немецкого. М.: Прогресс.
26. Нойберг Р. (1971). *Что я скажу моему ребенку*. М.: Медицина.
27. Роговин В. (1970). Проблемы семьи и бытовой морали в советской социологии 20-х гг., в кн.: *Социальные исследования. Проблемы брака, семьи и демографии*, вып. 4, с. 88–114.
28. Рюриков Ю. (1967). *Три влечения*. М.: Искусство.
29. Рюриков Ю. (1975). Любовь и семья сегодня, *Молодой коммунист*, № 10–11.
30. Рюриков Ю. (1977). *Трудность счастья. Любовь и молодая семья*. М.: Знание.
31. Свядоц А. (1974). *Женская сексопатология*. М.: Медицина.
32. *Семья сегодня* (1979), Д. Валентей, гл. ред. М.: Статистика.
33. Скрипкин Ю. и Марьясис Е. (1985). *Гигиена юноши*. Минск: Беларусь.
34. Ступко А. и Соколова С. (1981). *Тебе — мальчик, юноша*. Киев: Здоров'я.
35. Харчев А. (1968). *Быт и семья в социалистическом обществе*. Л.: Знание.
36. Харчев А. (1979). *Брак и семья в СССР*. М.: Мысль.
37. Хрипкова А. (1969). *Вопросы полового воспитания*. Ростов-на-Дону: Гос. пед. институт.
38. Хрипкова А. и Колесов Д. (1981). *Девочка—подросток—девушка: Пособие для учителей*. М.: Просвещение.
39. Хрипкова А и Колесов Д. (1982). *Мальчик—подросток—юноша: Пособие для учителей*. М.: Просвещение.
40. Чечот Д. (1976). *Молодежь и брак (заметки юриста)*. Л.: Изд-во Ленинградского университета.
41. Юркевич Н. (1970). *Советская семья*. Минск.

Елена Здравомыслова

ГЕНДЕРНОЕ ГРАЖДАНСТВО И АБОРТНАЯ КУЛЬТУРА

Какое отношение имеет аборт — или искусственное прерывание беременности — к проблематике гендерного гражданства? Если мы ответим на этот вопрос, читателю станет ясным основной пафос данной статьи. Аборт — это не только опыт беременной женщины, решившей отказаться от деторождения, и не только профессиональный навык врача-гинеколога. Это практика, параметры которой отражают состояние репродуктивной культуры в обществе.

Репродуктивное поведение в современном обществе в значительной степени регулируется личным выбором людей, подкрепленным экспертным знанием. Право женщины на медицинское прерывание беременности в современных обществах не повсеместно, но широко распространено. Но это не единственное из репродуктивных прав. Среди последних можно выделить также право на знание в области сексуальных практик, право на охрану репродуктивного здоровья и пр. В законодательстве РФ все эти права «прописаны», но их реализация не всегда институционально обеспечена.

Советскую репродуктивную культуру называют абортной (Попов 1995). Это означает, что произвольное прерывание беременности являлось массовым опытом российских женщин. До сих пор Россия по показателю числа абортов идет впереди всех развитых стран, что во многом является культурным наследием советского периода¹.

В данной статье политики и практики в отношении прерывания беременности рассматриваются как ключевые характеристики ген-

¹ Анализ данных демографической статистики см. в статье В. Сакевич в данном сборнике.

дерного (прежде всего, женского) гражданства. Задача исследования становится значимой сегодня, когда раздаются голоса, осуждающие право на аборт, когда происходят постепенные и не замечаемые общественностью изменения в законодательстве о репродуктивном здоровье².

Что такое гендерное гражданство и при чем здесь аборты?

В социологии гражданство понимается не только как государственно закрепленный статус (совокупность прав и обязанностей), но и как социальные практики, формирующиеся во взаимодействии с государством по поводу прав (Turner 1990). Категория «гражданства» является гендерно маркированной (Walby 1994; Lister 1997; Yuval-Davis 1997; Siim 2000), поскольку сохраняются различия гражданского статуса женщин и мужчин. Женское гражданство определяется целевой политикой, гендерными идеологиями, проявляется в устойчивых практиках женщин. В разных исторических контекстах женщины могут иметь (или не иметь) равные с мужчинами экономические, политические и социальные права, они могут быть выделены в особую категорию граждан, наделенную «положительными» и «отрицательными» привилегиями. Репродуктивные права уместно отнести к блоку социальных прав. Они задают нормативные рамки репродуктивных практик.

Советское государство, несмотря на закрепленное в нормативных документах равенство полов, осуществляло различие граждан по признаку пола и создавало рамки гендерно поляризованного гражданства. Политика в отношении абортов — один из аспектов государственного конструирования советской женственности. На примере анализа этой политики мы можем понять, как государство и его институты создавали рамки специфических женских практик, получивших распространение именно в советском контексте.

В данном случае на примере изучения регулирования и практики абортов мы рассматриваем женское гражданство на нескольких уров-

² Так, например, в августе 2003 г. принято Постановление Правительства РФ, согласно которому число социальных показаний к прерыванию беременности сократилось до четырех.

нях: уровне нормативных актов и официальных идеологий (нормализующих суждений), с одной стороны, и уровне стратегий женщин по контролю репродуктивного поведения — с другой.

Легализация аборта и большевистский проект «Новая женщина»

Строительство коммунистического государства сопровождается политической программой решения так называемого женского вопроса и формирования новой советской женственности. Политика формирования новой женщины представлена рядом нормативных актов и политических кампаний, призванных превратить ее в советскую гражданку — работницу, общественницу и мать. Одной из важнейших и поразительных для своего времени мер большевистской гендерной политики была первая в мире легализация медицинского аборта (1920 г.)³.

Легализация аборта предполагала, что решение о прерывании беременности принимает женщина, но оно должно было быть санкционировано общественно-политической инстанцией, которая выдает направление на проведение операции. Для произведения аборта в государственном медицинском учреждении женщины должны были пройти комиссию, которая давала соответствующее разрешение по социальным или медицинским показаниям. В состав комиссии входили: представитель(ница) партийной организации (как правило, член женотдела), представитель месткома и врач. Легализацию аборта, казалось бы, можно интерпретировать как важный шаг в политике эмансипации женщин. Однако в текстах большевистских идеологов

³ Дискуссии о контроле репродуктивного поведения шли в первые десятилетия XX в. во всей Европе. С одной стороны, они свидетельствовали о тенденциях женской эмансипации и сексуальной либерализации. С другой стороны, репродуктивные права обсуждались в контексте социальных последствий войны, массовых миграций и связанной с ними сексуальной либерализацией, цену которой всегда платят женщины (Голод 1998; Чуйкина 2002). Дебаты о легализации аборта начались в России еще до Первой мировой войны (Engelstein 1991). Однако искусственное прерывание беременности оставалось до революции уголовно наказуемым в условиях религиозного идеологического доминирования, аборт рассматривался как вариант инфантицида.

того времени постоянно подчеркивалось, что этот закон является вынужденной мерой, обусловленной ростом числа криминальных абортов в период послевоенной разрухи, изменением социального строя и аномией.

Экспертное сообщество при поддержке политических инстанций активно пропагандировало контрацептивные средства того времени. Одним из фокусов санитарно-гигиенического дискурса было образование в области репродуктивного здоровья. При этом советские медики отмечали разрушительные последствия аборта для репродуктивного здоровья женщины. В популярной брошюре того времени, ставящей перед собой задачу «воспитания масс населения в духе половой гигиены», читаем: «Частое производство аборта сильно подрывает половое здоровье женщины. Даже при благополучном исходе операции нередко остается после нее воспаление слизистой оболочки матки... 75% всех последовавших маточных заболеваний зависит от произведенного раньше аборта. Поэтому к аборту разрешается прибегать только в исключительных случаях, делающих развитие беременности почему-либо крайне нежелательным, и, кроме того, только в начале беременности — не позже 2-х месяцев после последних месячных» (Здравомыслов 1926: 27).

Большевистское государство изначально не рассматривало материнство как частное дело советской гражданки. Материнство объявлялось гражданской обязанностью, поддержанной государством⁴. Репродуктивная обязанность женщины трактовалась не как воспроизводство рода или семьи, а как воспроизводство советского гражданина — члена большой трудовой семьи советского народа, строящего коммунистическое общество в условиях враждебного окружения.

Большевистский гендерный проект предполагал, что родительские функции во многом возьмут на себя советские коммунальные и воспитательные учреждения. Именно они в состоянии воспитать коллективистские качества нового человека. В середине 1920-х гг. власти начинают кампанию «За новый быт», ориентированную на освобождение женщин от «кухонного рабства» и коллективизацию домашнего труда. На этом фоне распространяется сеть детских садов и яслей — так решается «вопрос» об общественном воспитании новых советских граждан. Одним из аспектов кампании становится развитие сексуаль-

⁴ Мужское гендерное гражданство позиционировалось в категориях воинской и трудовой мобилизации.

ного образования и пропаганда «половой гигиены». Популярными медицинскими брошюрами, массовыми журналами «Работница», «Коммунистка» и «Делегатка» популяризируют контрацептивы, средства женской половой гигиены, обсуждают вопросы половой морали и сексуального развития, подчеркивают роль социальных учреждений в осуществлении коллективистски ориентированного и гендерно поляризованного родительства.

В 1920-е годы эксперты журнала «Работница» — врачи-гинекологи — в разделе «Охрана здоровья» рекомендуют средства предотвращения беременности, разработанные лабораторией противозачаточных средств Отдела охраны материнства и младенчества Наркомата здравоохранения, такие как паста «Прекопсоль» с прибором (цена 1 руб.), шарики «Контрацептин» (20 шт. — цена 1 руб. 20 коп.), желатиновые цилиндры «Контрацептин» (см.: *Работница*, 1930, № 10). В популярной медицинской литературе предлагаются «предохранительные мероприятия от нежелательной беременности», включающие промывание, спринцевание, применение «замыкающих пессарий» («лекарственных шариков из масла какао с хиной и борной кислотой», использование внутривагинальных губочек, резиновых колпачков); способ проф. Шутнова, «состоящий во впрыскивании женщине под кожу мужского семени». Рекомендуемые врачами предохранительные мероприятия для мужчин — прерывание полового акта и использование кондомов. При этом отмечается, что «прерывание полового акта вредно отражается на нервной системе мужчины», «часто ведет к половым извращениям, половой неврастении и часто является причиной развития у мужчин полового бессилия», а у женщин вызывает тяжелые нервные расстройства и катар матки. Поэтому рекомендуется его избегать. Кондомы же «значительно скрадывают ощущения, часто рвутся и, таким образом, в значительном % случаев не оправдывают своего назначения». В качестве современных средств применяется временная стерилизация путем облучения семенных желез (Здравомыслов 1926: 24–26). Отметим, что советская медицинская экспертиза подчеркивает эффективность и меньший риск именно женских способов контроля беременности.

Итак, гендерная политика является значимой частью революционных преобразований. Новая женщина — советская гражданка — мобилизуется государством на участие в коммунистическом строительстве. При этом материнство поддерживается социальной политикой и государство конструирует контракт между советской работницей и

новой властью. Нормативные суждения власти определяют родительство преимущественно как материнско-государственную функцию. Отцовство репрезентируется как экономический долг (см. законодательство об алиментах). Последствием советской политики гендерного гражданства является тенденция отчуждения отцовства (см.: Kukhterin 2000; Чернова 2007). Концепция гендерного гражданства построена на поляризации полов, несмотря на декларацию их политического равенства. Идеология материнского долга женщины входит в оборот политического манипулирования, но материнство не является принудительным.

Последствия большевистской политики в области репродуктивных прав и решения *женского вопроса* были противоречивы: государственная мобилизация женщин сопровождалась разрушением патриархальной женственности, ослаблением семьи как института социального воспроизводства, либерализацией сексуальности в условиях патриархатной репродуктивной культуры, когда за последствия сексуальной свободы женщины расплачивались незапланированной беременностью, частыми абортами и одиноким материнством. В это время аборт становится массовым опытом советских гражданок. Эта практика не морализировалась и считалась привычной.

Криминализация аборта и навязанное гражданство «работающей матери»

1930-е годы считаются периодом репрессивной политики в сфере сексуальности и репродуктивных прав, временем «великого отступления» от революционной семейной политики (Кон 2005). В официальной риторике отчетливо прослеживается прославление материнского долга женщины перед обществом и государством. Даже производственные функции и общественная активность женщины преподносятся как дериват их материнской роли. Организованные домохозяйки осуществляют *поход за чистоту* в общежитиях и рабочих бараках. Жены начсостава контролируют быт детей в семьях рабочих (кампании 1935–1936 гг.). Материнство советского типа, ориентированное на ценности советского воспитания, оказывается основной категорией в дискурсе о семье и гражданском долге женщины-работницы. В политических кампаниях того времени — обозначенных в официальном дискурсе как общественные движения — женщины рассмат-

риваются как субъекты политики окультуривания масс в условиях быстрой индустриализации (Волков 1996).

Семейно-центристскому дискурсу сопутствует осуждение идеологии свободной любви, прекращение просветительской кампании по воспитанию «половой гигиены», табуирование темы сексуальности и появление репрессивных государственных мер по контролю рождаемости. В этих условиях воспитывается поколение советских граждан, для которого характерно умалчивание своего интимного опыта, преподносимое как общественная добродетель (Rotkirch 2000; Чуйкина 2002). В 1936 году Постановлением ЦИК и СНК СССР запрещаются аборт. За совершение аборта врач карается сроком лишения свободы от трех до пяти лет или присуждается к исправительно-трудовым работам. Женщины, которые отказываются сотрудничать с властями и не называют имени врача, сделавшего аборт, также караются лишением свободы на срок до пяти лет. Одновременно тем же Постановлением предоставляются льготы многодетным и одиноким матерям, расширяется сеть родильных домов, детских яслей и садов, усиливается уголовное наказание за неплатеж алиментов. Позднее, в ходе Великой Отечественной войны, в 1944 г. Указом Президиума ВС СССР делегитимизируются фактические, но не зарегистрированные браки, усложняется процедура развода, запрещается установление отцовства внебрачных детей (Гендерная экспертиза 2001: 105; Чернова 2007). Все эти меры направлены на укрепление официальных брачных союзов, организованных вокруг принудительного материнства советских гражданок.

Указ о запрещении абортов предварялся мощной агитационной кампанией в советских СМИ, и прежде всего в женских журналах (*Работница*, *Крестьянка*, 1935–1936 гг.), осуждавшей абортную культуру контроля рождаемости, прочно утвердившуюся к тому времени, массовые разводы, сексуальную распущенность, уклонение отцов от уплаты алиментов.

27 мая 1935 года в «Правде» была опубликована статья гинеколога-акушера М. Малиновского «О громадном вреде абортов». В ней отмечались следующие характеристики репродуктивной культуры советских женщин: массовость абортов и их разрушительные последствия для женского здоровья (массовость фибром матки как последствий абортов). При этом автор подчеркивал значимость стоящей перед государством задачи роста народонаселения. Публикация статьи в главной газете партийного агитпропа стимулировала осужде-

ние тематики репродуктивных практик и прав в советской печати. Обсуждение носило пропагандистский характер и мало походило на открытую дискуссию, в которой фигурируют разные мнения и сопоставляются аргументы.

Большинство публикаций составлял антиабортный дискурс. Позиция меньшинства, поддерживающего идеологию репродуктивных прав женщины, осуждалась с точки зрения науки, политики и здравого смысла. Антиабортный дискурс был консолидирован единодушным мнением нескольких групп экспертов. Врачи-гинекологи, многодетные матери, партийно-профсоюзные активисты, ударницы труда, матери-одиночки и повторно вступившие в брак женщины — все в один голос осуждали медикаментозное прерывание беременности как операцию, ведущую к различным катастрофическим социальным и личным последствиям. Независимо от профиля экспертизы участники дискуссии называют три социальные угрозы, которые влечет за собой аборт: разрушение семьи; бездетность, свидетельствующая о нарушении женщиной ее гражданского долга; личное несчастье женщины, не удовлетворившей базовый материнский инстинкт. Пропаганда материнства выражается в массовых лозунгах на плакатах того времени: «Здоровая женщина должна быть матерью!», «Материнство не бремя, а радость!».

Так, в журнале *Работница* предзавкома фабрики Фрунзе в статье «Я против абортов» отмечает, что в первом квартале 1935 г. 100 работниц фабрики им. Фрунзе в Москве получили бюллетени по абортам, кровотечениям и фибромам, большинство абортируемых — одиночки, имеют одного ребенка или первобеременные. Автор поддерживает запрещение абортов, «потому что стране нужны люди, а ребенка вырастить не так быстро — он должен расти до совершеннолетия».

Авторы статей подчеркивают оздоровляющую роль материнства: «Когда я рожая, то становлюсь здоровой, а когда делаю аборты — болею», — сообщает читателям многодетная мать. Корреспондентки журнала отмечают, что «работе дети не помеха». Если в результате абортов большая женщина может лишиться себя и самостоятельного заработка, и счастья родительства, то материнство и общественно-полезная деятельность стимулируют друг друга. Одна из корреспонденток *Работницы* пишет: «...несмотря на то, что у меня была ежегодная беременность, я не бросала общественную работу, комсомол, антирелигиозную работу. Как общественница, я имела преимущества в обслуживании моих детей. Ясли, детский сад... Муж помогал в том, что брал детей из

дет-яслей и детсада и кормил их вечером. Но ему это надоело и он поставил вопрос: или семья, муж, или партия и общественная работа. Я сказала — партию. Муж начал пить, гулять с другими женщинами, даже приводил их домой... Я ушла от мужа, он платит алименты» (*Работница*, 1935, № 17, с. 12).

Даже в случае ухода мужа или его нежелания иметь ребенка женщине предлагалось воздержаться от прерывания беременности, поскольку в этом случае обязанности материального обеспечения материнства и детства берет на себя трудовой коллектив и советское государство. Муж или его родственники (свекровь чаще всего) в случае их противодействия деторождению рассматривались как носители угрозы.

Мать восьмерых детей пишет: «Я не советую женщинам делать аборты. Лучше родить. Роды приносят женщине здоровье, бодрость, повышенную энергию в работе. Дети дают счастье и родителям, и Родине. Я думаю, что мои дети принесут немало пользы своему отечеству во главе с нашим вождем тов. Сталиным И.В.» (Там же).

Итак, официальный дискурс утверждает, что гражданская доблесть женщин заключается в материнстве: «В нашей стране женщина-мать — это самый почетный человек. В росте численности нашего населения мы видим источник умножения богатства страны, потому что из всех ценных капиталов, имеющихся в мире, самым ценным и самым решающим капиталом являются люди, кадры» (Е. Филиппова, *Работница*, 1936, № 17, с. 12).

При этом отмечается, что закон 1920 г., сыграв большую роль в охране здоровья женщин, способствовал росту искусственных абортов... Директор московского роддома им. Клары Цеткин пишет: «Легкость получения направления на аборт создала у женщин представление о безвредности этой операции». Эксперты *Работницы* отмечают, что «искусственный аборт является операцией крайне опасной, даже в руках опытного и добросовестного хирурга. Аборт оказывает губительное влияние на здоровье женщин. 20% женщин, страдающих женскими заболеваниями, обязаны этим искусственным абортам: 60% внематочных беременностей являются следствием абортов». Бесплодие считается частым последствием абортов и представляется не только как личное горе женщины, но и как социальное бедствие. В целом рост абортов рассматривается как угроза государственной безопасности, так как ведет к падению рождаемости. Участники обсуждения отмечают, что рост уровня жизни населения приводит к тому, что социальные показания

для прерывания беременности исчезают и формируются благоприятные условия для «радостного материнства».

Участники пропагандистской кампании противопоставляют социальный смысл запрета на аборты на капиталистическом Западе и в СССР. На Западе «запрещение аборт — это издевательство. Там безработица, нищета, рост детской смертности, фашизм». Напротив, «нашей стране нужны люди, чтобы строить новое социалистическое общество, новую радостную жизнь. Женщина призвана наряду с общественной работой воспитывать наших детей».

В 1936 году проходит Всесоюзное и ряд локальных совещаний по работе среди женской молодежи. В речи Н.К. Крупской, озаглавленной призывом «Усилим идейно-политическое воспитание женской молодежи!», отмечаются пережитки некультурности в быту и задачи воспитания материнства. «Материнский инстинкт дает много радости женщине. В этом инстинкте нет ничего плохого. Мы считаем материнский инстинкт великой движущей силой, но, с другой стороны, мы никогда не будем женщин ограничивать только воспитанием детей. Мы не будем ее отрывать от широкой общественной жизни» (*Работница*, 1936, № 20, с. 2–3).

Помпрокурора Верховного Суда РСФСР Ф.Е. Нюрина пишет: «Одной из самых подлых, отвратительных легенд, созданных буржуазией, является легенда о том, что невозможно сочетать материнство с равноправием женщин, с участием ее в общественно-политической жизни... Высоким почетом, вниманием и любовью окружена мать на нашей социалистической Родине. Ей обеспечен отпуск до и после родов, для того чтобы она могла спокойно подготовиться к самому прекрасному дню своей жизни и хорошо поправиться после родов. Ее берегут во время кормления. Для ее детей строят ясли и консультации, детские санатории. Все это дает ей возможности выполнять свои обязанности гражданки великой социалистической страны и воспитывать здоровых детей» (*Работница*, 1936, № 30, с. 26).

Одновременно с пропагандой материнства и осуждением аборт развивается медицинский дискурс об облегчении родов. Врач А.Л. Богданова отмечает «заботу партии о женщине, занимающей в нашем Союзе большое политическое место, которая выдвинула проблему массового обезболивания родов» («Обезболивание родов», *Работница*, 1936, № 2, с. 18).

Запрещение аборта обсуждается в контексте морального упадка и легкомысленного отношения к браку. В дискуссии осуждаются разные

категории женщин, прибегающие к прерыванию беременности. Как утверждают эксперты, существует категория морально деградировавших, чуждых советскому строю женщин, которые настаивают на аборте «без всяких оснований». Не менее возмутительной считается ситуация, когда женщина требует операции на основании того, что у нее уже есть один ребенок. Одна из корреспонденток *Работницы* пишет о молодых внебрачных беременных: «Зачем они так податливы и безответственны в вопросах любви? Забеременела! Наплевать. Сделаю аборт — так рассуждают у нас некоторые работницы...» «Этот закон (запрет аборт. — Е.З.) заставит нас относиться к себе бережнее. Про себя скажу... я ликую и предлагала бы этот день опубликования законопроекта сделать Днем матери и ребенка» (Там же).

Женщины, оппонирующие новому законопроекту, представлены как сексуально распущенные и некультурные гражданки. Так, в ходе обсуждения законопроекта на фабрике, «кокетливо завитая девушка, явно рассчитывая на поддержку, заявила: “Например, я поеду в дом отдыха и там сойду с парнем, неужели я должна после этого рожать? Мне 23 года, и я не хочу себя связывать ребенком...” На девушку тотчас обрушились возмущенные возгласы: “Что же тебя за тем посылают в дом отдыха, чтобы ты потом свое здоровье абортом калечила?... <...> Да разве это любовь называется — два раза видела парня и сошлась?”» (*Работница*, 1936, № 10, с. 5).

В соответствии с дискурсивной моделью выстраивания образа врага, в агитпропе разворачивается кампания против «подстрекателей аборт», среди которых называются «некультурные граждане», бесчестно относящиеся к женщине, и прежде всего врачи-частники, незнательные мужья, свекрови, «плохие подруги и кумушки». Журналисты отмечают, что мужья под угрозой разводов требуют, чтобы жены делали аборты, так как не хотят выполнять экономический отцовский долг. Одиноким беременным женщинам делают аборты на разных сроках частным образом. «И тот, кто подстрекает женщину на аборт, и те женщины, которые идут на это, заслуживают сурового порицания» (Там же, с. 14).

Одновременно с пропагандой *радостного материнства* ужесточается законодательство об алиментах, взыскивание которых теперь становится ответственностью администрации предприятий, где работают нерадивые отцы, и отделов НКВД. Одновременно появляется инициированный матерями-общественницами эгалитарный дискурс, пропагандирующий модели равного участия супругов в домашней работе

и их равной ответственности за воспитание детей, однако он явно оказывается маргинальным.

Антиабортная агитация сопровождается кампанией социальной поддержки беременных, предоставлением декретного отпуска работницам (2 месяца), появлением правовой категории «легкотрудниц», борьбой против незаконного увольнения беременных, пропагандой эгалитарного участия в сфере быта и воспитания детей, ужесточением процедуры разводов.

В итоге советская печать утверждает, что ужесточение законодательства соответствует потребностям демографической политики и поддерживается ростом благосостояния советского народа. Запрещение аборт легитимизируется тем, что в советской стране «жить стало лучше, жить стало веселее». Запретительная мера репрезентируется как гарант счастья и радости натурализованного материнского гражданского долга. И так, «каждая женщина в нашей стране не может не хотеть быть матерью. Она знает, что ее ребенок найдет в жизни все необходимое для всестороннего развития сил и способностей»⁵. Эта агитационная кампания в целом является примером официальной стигматизации бездетности и оправданием репрессивного регулирования деторождения. Принудительное материнство оказывается стержнем женского гражданства.

Не удивительно, что идеологема сохранения жизни (типичная для религиозной риторики борьбы с абортами в западном обществе) не нашла своего отражения в этой многомесячной агиткампании. Материнский долг советских женщин позиционировался как решение демографической проблемы в условиях индустриализации и военизации советской экономики, религиозная аргументация замещалась апелляцией к гражданской обязанности женщин.

В условиях прекращения кампании воспитания половой гигиены, отсутствия контрацептивной индустрии женщина мобилизуется как репродуктивная сила, поставляющая государству граждан. Одновременно она мобилизована как работница: в период форсированной индустриализации при низкой производительности труда государство использует массовую женскую рабочую силу как трудовой ресурс. В это время отменяются многие льготы для женщин на производстве: запреты на работу в ночные смены и в тяжелых условиях труда; создаются движения за овладение женщинами мужских профессий; начи-

⁵ Лозунги на плакатах в Домах матери и ребенка.

нается выдвижение женщин на руководящие должности. Двойная мобилизация женщин легитимируется в понятиях гражданского долга и женского предназначения. Принудительное гражданство «работающей матери» становится основой стереотипа женственности, который усвоили, по крайней мере, три поколения советских гражданок.

Абортная контрацептивная культура и поведенческая сексуальная революция 1970-х гг.

Либерализация гендерной политики позднесоветского времени в первую очередь связана с разрешением абортов в 1955 г. и усилением государственной поддержки материнства. Аборт в это время стал символом женской репродуктивной свободы и либерализации сексуальной жизни. Характерно, что декриминализация абортов не сопровождалась публичным обсуждением в отличие от ситуации 1930-х гг., когда в течение нескольких месяцев перед запрещением абортов в советской печати шла пропагандистская кампания, посвященная этому вопросу.

Семейный кодекс РСФСР 1968 г. упростил процедуру развода, была восстановлена возможность установления внебрачного отцовства (Гендерная экспертиза 2001: 106). Продвигалась идеология родительских потребностей советских граждан и сознательного материнства, последнее интерпретировалось не только как гражданский долг советской женщины, но и как главное условие ее личностной реализации.

Итак, новая гендерная политика ослабляет контроль репродуктивного поведения. Функции принятия решения по поводу деторождения делегируются профессионалам (врачам) и женщине (Бараулина 2002). Однако эта либеральная политика в области репродуктивных прав не подкрепляется ни сексуальным образованием, ни доступностью надежных современных контрацептивных средств, ни гуманистической медициной. Репродуктивные права гарантируются женщинам только частично. Они ограничиваются правом на аборт, но не подразумевают права на информацию и контрацепцию. Репродуктивные права недостаточно обеспечены институционально. Дело обстоит на самом деле еще хуже, если рассматривать эту проблему с точки зрения гуманитарной концепции прав. Право на аборт обеспечено, но то, как оно осуществляется в государственных медицинских учреждениях, можно уподобить наказанию, которое женщина несет за нарушение гражданской повинности материнства.

Конец советской эпохи — это период поведенческой сексуальной революции, т. е. либерализации сексуальных практик в сочетании с прежним табуированием сексуальных тем в общественном обсуждении. Мы называем это время периодом лицемерной сексуальности, когда господствует двойной стандарт, т. е. «разрыв между словом и делом» сексуальной жизни и гендерный двойной стандарт, согласно которому по-разному оцениваются женская и мужская сексуальные практики (Rotkirch 2000). Абортная репродуктивная культура — это один из эпифеноменов лицемерной сексуальности. В советском обществе женщина наделена репродуктивными правами — аборт разрешен. Однако эти права ограничены и институционально обеспечены весьма своеобразным образом. Знаний о рисках сексуальной либерализации достаточно мало, и возможности индивидуального контроля ограничены.

Чтобы описать суть абортной культуры, недостаточно привести правовые нормы и статистику репродуктивного здравоохранения. Необходимо обратиться к анализу сексуального опыта представителей поколения сексуальной революции. Аборт — это устойчивая практика, характеризующая жизненный опыт советской женщины — ее гендерное гражданство. Реконструируя аборт как фрагмент массового советского женского опыта, обратимся к материалам исследования сексуальной жизни петербуржцев, проведенного нами в 1997/98 г. в рамках проекта, поддержанного Финской Академией наук (см.: Здравомыслова и Тёмкина 2002). В рамках этого проекта проведен массовый опрос петербуржцев (репрезентативная выборка составляет 1600 чел.) и собрано 75 глубинных интервью, посвященных сексуальному опыту мужчин и женщин разных поколений (Там же).

Выявляя особенности абортной культуры, мы рассматриваем три измерения сексуального опыта женщин, чей фертильный возраст захватывает поздний советский период: (а) знания о средствах предохранения и контроля рождаемости; (б) практики контрацепции и (в) их интерпретации. Несмотря на то что для понимания абортной культуры необходим, несомненно, анализ и мужских практик, мы концентрируем свое внимание на женском опыте, поскольку ответственность за контроль рождаемости в несравненно большей степени в позднесоветском обществе приписывается женщинам (Бараулина 2002; Здравомыслова и Тёмкина 2002; Кон 2005; см. также статью О. Снарской в данном сборнике). Кроме того, в центре нашего внимания женское гражданство,

понимаемое как совокупность устойчивых практик советских женщин. Тем самым мы, конечно, воспроизводим гендерную поляризацию, но лишь для того, чтобы ее деконструировать. Далее мы анализируем интервью в соответствии с этой схемой.

Знания о контрацепции включают информированность о средствах предохранения и о побочных эффектах применения. При этом важно учитывать происхождение этих знаний, различая такие источники информации, как экспертное знание, медиа-источники, гендерные группы, семья, сверстники. Если данные массового опроса 1996 г. показывают, что респонденты считают свои знания о сексуальности достаточными, глубинные интервью свидетельствуют о значительных лакунах информированности. Информанты обоих полов и разных поколений признают свое невежество в отношении конкретных видов контрацептивов, специфики их использования и особенностей побочных эффектов. Большинство информантов среднего и старшего возраста сами отмечают пробелы в знании, особенно в молодые годы:

Никто не знал, что надо было делать «до». Понятия не имели. И очень мало чего знали, потому что на эту тему никто ничего не говорил (И 8, 1950 г. р.).

Женщины считали (и не без оснований) контрацептивы первого поколения не только ненадежными, но и вызывающими осложнения в отношении репродуктивного здоровья. Они оценивали риски, связанные с последствиями применения гормональных контрацептивов, так высоко, что воздерживались от их использования, предпочитая им постоянный страх перед возможностью забеременеть, который, как они говорят в интервью, часто придавал остроту сексуальным переживаниям. Надо признать, что в настоящее время первое поколение контрацептивов сильно критикуется медиками и, может быть, женщины, сомневавшиеся в их эффективности, были правы в своей осторожности.

Основной источник знаний о контрацепции в позднесоветское время — совсем не экспертное знание. К профессиональной помощи гинекологов и урологов сексуально активные граждане прибегали уже после того, как столкнулись с проблемами репродуктивного и сексуального здоровья. Женщины получали знание о контрацепции от подруг, родственниц, матерей или на основании собственного опыта (см.:

Rotkirch 2000). Таким образом, они часто полагались на традиционные, народные, крайне ненадежные средства предохранения (прерванное сношение, спринцевание с использованием кислой среды, календарный метод и др.). Неэффективность разных контрацептивов в опыте женщин приводила к так называемым *проколам*, которые заставляли женщин прибегать к абортам как к единственно возможному решению проблемы нежелательной беременности. Информантка отмечает:

...я вот не случайно нахватала эти семь абортов, не оттого, что я такая неграмотная, — я все-таки грамотный человек, но, тем не менее, вот эти вот... проколы такие были (И 12, 1950 г. р.).

За советами и в поисках приемлемого решения женщины обращаются к подругам, матерям и только затем к профессионалам — как официальным, так и к бабкам — акушеркам, практикующим нелегальные аборты. Эксклюзивное женское знание о контрацепции, приписывание женщинам ответственности за предохранение от беременности воспроизводят гендерную поляризацию, характерную для российского общества, деление на женский и мужской миры компетенции.

Практики контрацептивного поведения зависят от знаний и представлений, от определения ситуации партнерами по взаимодействию и от физических возможностей воспользоваться контрацептивами. В целом абортная контрацептивная культура характеризуется недоверием к самым разным средствам предохранения. Старшие поколения рассматривают контрацептивы как помеху в естественных сексуальных отношениях и как ограничение сексуального удовольствия и выражения страсти. Они представляются как не соответствующие аутентичной сексуальности. Одна информантка сообщает:

Я бы, наверное, никогда в жизни не использовала никаких таблеток. Это мое отношение — ни презервативов, ни таблеток с любимым мужчиной (Там же).

Контрацептивы рассматриваются как необходимая защита от двух типов рисков: нежелательной беременности и ЗППП. Иностранное слово «контрацептив» — предохранение — включает оба смысла. Наше исследование подтверждает гендерное разделение в приписывании

ответственности за контроль рисков. Если мужчинам приписывается основная роль в контроле ЗППП (презерватив — мужской контрацептив), то женщинам отводится центральная роль в контроле зачатия. Это разделение ролей влияет на выбор контрацептивов и контекстуальные предпочтения их использования.

Изучение материалов биографических интервью показывает, что практики использования контрацептивов контекстуальны: они определяются характером отношений между сексуальными партнерами и теми конкретными ситуациями, в которых происходит половой контакт. При коммуникации со случайными партнерами использование контрацептива считается неизбежным (см.: Мейлахс 2009). При этом никто из наших информантов не использовал презервативы с постоянными сексуальными партнерами. Сами средства контроля оказываются ненадежными. К «проколам» приводит использование как традиционных средств, так и медикаментозных. Ниже информантка рассказывает историю своего третьего аборта:

— *Вы жили по календарному методу?*

— *По календарному. И это не помогло. Обсчиталась. Такого быть не может, но у меня непонятный цикл, всегда был, то... Температурным методом я пользоваться не могу (И 1, 1958 г. р.).*

Кроме того, ситуация сексуального взаимодействия далеко не всегда делает возможным использование контрацептивов, особенно традиционных. Предполагается, что сексуально активная женщина должна быть ответственна за свое репродуктивное поведение. Сексуальная свобода предполагает также и сексуальную ответственность. Однако довольно часто женщины оказываются не в состоянии контролировать ситуацию, особенно в случае внебрачных отношений. Использованию контрацептивов не способствуют ни ситуация спонтанного проявления влечения, ни конкретные условия внедомашнего секса. Приведем пример интервью, в котором женщина описывает ситуацию, когда она забеременела в 1983 г. в общегитии на свидании с будущим мужем на начальной фазе отношений:

Причем я все понимала умом, что вот... ну, я знала, что у меня там опасный период, что надо, ну хотя бы, сходить помыться, что вот хотя бы там что-то надо сделать, но... я не знала, где находится душ в обще-

житии, и я не знала, как ему об этом сказать — мне было неудобно, и я... ну, я не знала, как. И такая как бы страсть тут безумная, и я не знала вообще, что сделать (И 9, 1962 г. р.).

Многие женщины старшего возраста вспоминают, что медикаментозные контрацептивы прежнего поколения также оказались неэффективными. Во фрагменте интервью, приводимом ниже, женщина вспоминает о фиаско своих попыток контроля репродуктивной функции:

И однажды я обратилась к врачу с тем, чтобы мне ввели спираль. Но опять же, мой организм, видимо, не приспособлен к каким-то иностранным телам...

Мягко выражаясь, мне было некомфортно и, более того, через какое-то время я вынуждена была отказаться от спирали. Я продолжала эти таблетки гомеопатические принимать. Потом я узнала, что в таких случаях очень важно создать какую-то кислую среду во влагалище, ну и перед половым актом я просто лимонной кислотой пользовалась (И 6, 1948 г. р.).

Для того чтобы узнать особенности своего организма, подобрать эффективное средство контрацепции, женщинам всегда нужно было время, сопряженное с сексуальным опытом, а до этого женщина должна была пройти через этап «проколов», последствием которых и были аборты.

Я два раза себе пыталась вставить спираль, и они все из меня выпали вместе с беременностью. Не было никакого способа. Жить с резиной я не хотела, потому что я жила с мужем, и я очень много сделала абортов в первые десять лет своей супружеской жизни. Очень много! Пока не развелась с мужем. После этого у меня не было абортов, хотя были мужчины и так далее. Но я к тому возрасту научилась правильно считать дни. Моя подруга меня научила. Она мне дала ягоды на тот случай, если что-то случится, и я всю жизнь пользовалась этими ягодами — волчье лыко (И 8, 1950 г. р.).

Однако далеко не все женщины позднесоветской эпохи сексуальной свободы смогли найти эффективное средство защиты и поэтому делали аборты на протяжении всей фертильной жизни:

Я не нашла его (нужного для меня контрацептива) в своей жизни. Если бы были те средства, которые сейчас появились, я бы обязательно себе нашла. У нас ничего не было (И 8, 1950 г. р.).

Прежде чем делать аборт, женщины пытались избавиться от беременности. В случае, когда эти попытки не приводили к желаемому результату (произвольному выкидышу), аборт оказывался неотвратимым по соображениям, связанным с рисками для здоровья плода. Именно об этом рассказывает одна из информанток:

Я стала делать, там, сначала — уколами избавляться от ребенка, прогестероном, и... ну, на самом деле, мне действительно медсестра, которая делала, она сама ничего не понимала, но она мне сказала, что после этого лучше не рожать, после этих уколов, что мало ли что потом. Потом, когда я рожала, я уже понимала, что этим прогестероном вообще ни от какой беременности избавиться невозможно, ха, ха, ну вот, и как бы, наоборот, беременность сохраняют прогестероном, и в общем как бы ничего страшного, рожать можно. Но я и не хотела, и я ему так и сказала, что знаешь, я как бы вот уже... ну, и что же мы будем рисковать, зачем же нам как бы, даже если есть один процент, что родится больной ребенок, зачем же испытывать судьбу (И 9, 1962 г. р.).

Женщины принимали решение об аборте самостоятельно, исходя из оценки ситуации. Они зачастую не считали нужным даже уведомить своих партнеров. Это особенно типично для внебрачных беременностей, когда партнеры считаются ненадежными или случайными. Выбрав такую стратегию, беременные были вынуждены скрывать от окружающих состояние своего здоровья — ранний токсикоз и сопутствующие ему ощущения.

И потом, я думала, что а вдруг он там как-то поведет себя не так, как мне хотелось, и зачем мне портить... Ну, в общем, я решила, что пусть это будет моим решением. И я как бы... причем сложность была только в том, что у меня был постоянный токсикоз и мне плохо, и это вообще ужасно, там, меня тошнит, а надо все время как-то скрывать от всех (Там же).

Официальные незнакомые врачи-гинекологи зачастую считались неучастливыми, грубыми, равнодушными к женщине. Этот тезис иллюстрируют воспоминания женщины о первом аборте, который она сделала в двадцатилетнем возрасте:

Вот, и когда я пришла... значит, меня положили на это кресло, я там умоляла кого-нибудь постоять рядом со мной, поддержать меня за руку, там, или за кого-то подержаться — мне сказали: «Ничего с тобой не случится! Лежи и мечтай о том, как ты останешься бесплодной!» — сказала мне врачиха... (И 12, 1950 г. р.).

Столкновение с официальной медициной вызывает страх, ожидание оскорбительного отношения и болевых ощущений, связанных с недостаточной анестезией. Такая слава приводит к тому, что женщины пытаются минимизировать контакт с официальными медучреждениями или амортизировать эти неизбежные контакты с помощью социальных сетей. Они обращаются к помощи знакомых (очень часто женщин-подруг и родственниц), чтобы найти нужного врача. Аборты по знакомству делаются профессиональными акушерами в государственных клиниках, но «по блату» или в домашних условиях. И так, врач, к которому обращаются женщины, должен быть не только профессионалом, но и принадлежать к сети обменов и взаимной выручки. Только в этом случае он достоин доверия. Женщина, пришедшая на операцию по знакомству в городской абортарий, рассказывает о своих ощущениях:

Дочке был год, и я очень не высыпалась, потому что она часто болела. И когда я туда пришла, но шла я по блату, мы расстелили кровати, все стали нервничать о том, что что-то такое будет страшное... Ну там приходишь и стелишь кровать, и потом, значит, как бы... А я, значит, легла и заснула. И меня раздражало только очень: там, видно, парадная внизу, все время кто-то взад-вперед ходил и хлопал дверью, не давал спать. Потом, когда я пошла на кресло, несмотря на то, что я знала, что это по блату и что мне не будет больно, я на это кресло не могла залезть от страха... Самое страшное было — одевание белых чулок и залезание на это кресло.

— А что говорили врачи?

— *«Не бойся, тебе вколют, ты ничего не почувствуешь, тебе сейчас ничего делать не будут». Да, так и было. Я очнулась в койке, с очень хорошим состоянием после наркоза, с таким кайфом (И 2, 1956 г. р.).*

Многие рассказы повествуют о нелегальных абортах в домашних условиях. К ним прибегают независимо от брачного и материнского статуса. Приведу две выдержки из интервью.

Я от него залетела. Почему-то я не пошла в женскую консультацию. Я помню, что я принципиально туда не пошла, но вот объяснить, почему я не пошла, я не могу. Я была замужем, я могла пойти и сделать легальный аборт. Не знаю, почему я туда не пошла. То есть я так подозреваю, что я старалась избежать... Лет двадцать мне было. В общем, через очередного своего сайгоновского приятеля он мне нашел какую-то подружку, которая меня свела с какой-то теткой, которая жила в какой-то там Лахте. Она мне аборт сделала. На столе.

— *С наркозом?*

— *С местным. Ассистировала ей ее дочка.*

— *Ну, как тебе, страшно все это было?*

— *Мне было это страшно только по одной причине: потому что я совершенно не знала расценок существующих, я совершенно была не уверена, хватит ли мне денег, чтобы ей заплатить. И вот, когда она уже начала во мне ковыряться, я ей задала совершенно идиотский вопрос о том, что вот, денег у меня столько-то — мне хватит? Вот это было самое страшное (И 25, 1964 г. р.).*

Аборт по знакомству и на дому кажется молодой женщине комфортнее, чем обращение в клинику. Женщины уверены в надежности сетевых контактов. Проблематизируется лишь неформальная оплата на фоне того, что операция прерывания беременности в госучреждениях была бесплатной.

Другая информантка рассказывает о том, как она ассистировала врачу, делавшему аборт ее подруге в 1982 г.:

Она опять залетела. Он женат, дочка у него — перспектив никаких. Ей — Маше — уже было 28 лет. Ну не последний раз, наверное. Ну, приходит, говорит: «Я договорилась (с врачом), а места нет». У нее коммуналка, а врач говорит: «Ищи место». Врача нашел ейный мужик. А у меня двухкомнатная квартира. Недалеко от работы. Днем мама на ра-

боте. С мужем я к тому времени разбегалась — развелась, сын — в школе. Ну, пришли, часа в три дня. С меня, как с хозяйки, чай для врача и пациента (ха!) и подсобные работы. Таз, вода, полотенца — отнести — принести, в общем, тошнит вспоминать! Во время самой операции я из комнаты вышла, зато потом убирала. Выливала эти шmatки кровавые в сортир, стол — на место. Денег она сама врачу дала — не знаю сколько. Нормальный такой мужик — выручательный. На нашем обеденном столе в комнате, да я еще простынки старые дала. Машка свои дома забыла. Потом она полежала часа полтора и пора ей было уже домой — вечер, мои должны были прийти скоро. Мы выпили по рюмочке... Это было, по-моему, в пятницу, так что пару дней она полежала дома. В понедельник на работу (замужем, 2 детей, 6 абортотв; 45 лет).

Интерпретации опыта аборта разнообразны и контекстуальны, но во всех них есть общие черты. Прежде всего, аборт видится женщинами как привычная преемственная практика, общая для всех женщин советской эпохи, независимо от поколений, классовой принадлежности, брачного и материнского статуса. Обсуждая свой сексуальный опыт, женщины старшего и среднего поколения видят общность судеб многих поколений российских женщин в связи с практикой аборта. Информантка рассказывает:

Дело все в том, что моя мать в своей жизни сделала около двадцати абортов. В моей семье я бесконечно видела эти аборты. У мамы в 35 лет произошла закупорка труб, и она перестала беременеть. Все аборты до этого происходили у меня на глазах. Естественно, что она приходила домой и ложилась белая как смерть. Она не могла встать, она безумно плохо себя чувствовала. Я видела весь этот ужас. Когда я стала постарше, она мне говорила. Поэтому когда я стала взрослой женщиной и вышла замуж, я к этому отнеслась легко. Моя бабушка сделала очень много абортов, моя мама сделала очень много абортов (И 8, 1950 г. р.).

Информантка приходит к следующему выводу:

Я поняла, что это (опыт абортов. — Е.З.) — участь женщины. Я очень легко стала к ним относиться и сказала: никто не умер от абортов и я не умру. Я их просто делала и все. Я знала, что мне это надо перенести (Там же).

В целом аборт рассматривается как вынужденная мера, неизбежность. Репродуктивная свобода оборачивается выбором, сделанным в условиях отсутствия выбора. Многие информантки повторяют одна за другой:

У меня тогда выбора не было насчет аборта. У меня просто физически не было выбора (см., напр., И 2, 1956 г. р.).

Женщины рационализируют свой выбор в пользу аборта, приводя несколько аргументов. Основные среди них: материальные условия и экономическая зависимость, проблемы карьеры, отсутствие надежного партнера и проблемы со здоровьем (своим и потенциального ребенка). Эти аргументы воспроизводятся и в следующих поколениях.

Не было выбора, потому что тогда, во-первых, я была на содержании у родителей. То есть, у меня не было самостоятельности. Во-вторых, отец этого ребенка никогда бы не узнал, что у него существует ребенок, а значит, никогда бы не помог. Там очень сложно... было. Реально было никак. Даже если бы он узнал, то максимум, что он смог бы сделать, это покрутить пальцем у виска и отправить меня к тому же гинекологу. Это лучшее, что он мог бы сделать. Так что отец его и не знал, что у него мог бы быть ребенок, и не узнал, что от него избавились. Так что у меня не было независимости, не было своей жилплощади, не было своих финансов. Потом я тогда училась на первом курсе университета, и мне никак было из соображений учебы. Я тогда начала работать. И у меня возникла перспектива карьеры в области политики. И терять год-полтора, и тянуть еще на шею ребенка я просто физически бы не осилила. И последняя причина, которая добила, это то, что было не все в порядке со здоровьем. То есть, считай, шел гной из матки, матка гнила и там уже не был бы нормальный ребенок. Или он бы умер в утробе, или бы родился уродцем. А там мне подчистили все на вакууме, то есть всю грязь, которая там была, сняли, подлечили местно. И я очень довольна. И если я после этого не осталась бесплодной, что все еще под вопросом, то большое спасибо доктору. И я считаю, что я приняла правильное решение (И 7, 1974 г. р.).

Во фрагменте интервью, приводимом ниже, замужняя женщина объясняет, почему она вынуждена была сделать несколько аборт в браке после того, как у нее родился ребенок:

Там просто не было никаких других вариантов. Не было жилья, не было денег, не было работы. Не было мужа. Вообще ничего не было. Как было рожать? Даже когда ребенок погиб, я не смогла родить, потому что у меня негде было жить и не на что было жить. В принципе мне было 33 года, я же могла еще родить. Но это было совершенно нереально. Сама-то себя прокормить не могла, не то что... Главное, что жилья не было. Ладно бы там деньги, а жилья же не было. И невозможно было решить эти проблемы! (И 11, 1937 г. р.).

Аборт как привычный женский опыт не морализируется. Эта операция считается результатом личного выбора на основе трезвого расчета (выбор без выбора!). Женщина, сделавшая, по ее собственным словам, 10–11 аборт, на вопрос интервьюера о чувстве вины, связанном с абортом, отвечает:

А аборт для меня проходили... не было трагедии; была трагедия того, что так получилось, что опять волнения, что опять неприятности, что опять боль, что опять... Но трагедии в том, что беременна, что я гублю какую-то жизнь там начинающуюся... это нет (И 20, 1933 г. р.).

Рутинизация — «опривычивание» — аборта не делает этот опыт лишенным психологического травматизма. Женщины говорят о двух типах страхов, пронизывающих их сексуальную жизнь. Один из них — постоянный страх забеременеть, сопряженный с еще не испытанным страхом аборта.

Я боялась забеременеть, очень часто. Мучилась также, то есть от того, что на один день задерживаются месячные, вот, там... (не слышно), ужасно мучилась, ужасно боялась аборта. Всегда не знала, что я буду делать, если это случится, что я залечу... (не слышно) Вот. Как бы я всегда очень боюсь, именно когда выбор, что мне придется выбирать, понимаешь, мне придется выбирать, понимаешь. Я просто счастлива, что я до сих пор вообще не беременела... (И 15, 1973 г. р.).

Второй источник страха — болезненность самой операции и ее последствий: осложнений и бесплодия.

Страх у меня был, и он до сих пор существует. Потому что мне делала аборт мама моей подруги. Делали под местным наркозом. То есть, я чувствовала практически все, что делалось. Считай, режут по живому. А страх — остаться бесплодной. Да. Он до сих пор существует. Потому что я не залетаю, и я не знаю, почему я не беременею (И 7, 1974 г. р.).

Женщины то сожалеют о нерожденном ребенке, то рассматривают аборт как спасение в сложной жизненной ситуации. Аборты от случайных отношений или в случае насилия, как правило, рассматриваются как спасение; аборты от возлюбленных проблематизируются, рассматриваются как вынужденное зло. Мини-аборт, получивший распространение лишь в 1980-е гг., гораздо менее травматичен, нежели обычное прерывание беременности.

Интерпретацию опыта аборта женщины связывают с реакцией партнеров, которые информированы о решении женщины или участвовали в принятии решения. Парадоксально, что женщины воспринимают аборт как менее травматичный опыт, когда их партнеры относятся к ним с сочувствием, когда решение принимается совместно, а после аборта они получают цветы от мужа или постоянного партнера в благодарность за исполнение тяжелого решения. Разведенная женщина рассказывает:

Я аборты делала в основном от своего законного мужа. Он ко мне очень хорошо относился. Я думаю, это сыграло колоссальную роль. Он очень меня жалел, и поэтому мне никогда не было страшно. Я знала, что я всегда испытаю чувство сострадания. У меня это все снимало. Я никогда не вопила, не плакала (И 8, 1950 г. р.).

Отсутствие сочувствия со стороны партнера, его настаивание на аборте рассматривается как предательство, приводит к охлаждению сексуальных отношений.

Поэтому чувство ненависти у меня к тому любовнику возникло. Поэтому я с ним и разошлась. Эти аборты были в последний год наших встреч. Я охладела к нему. У женщины могут возникнуть проблемы из-за абортов, но это действительно очень зависит от мужчины (Там же).

Женщины рассматривают аборт как часть своей судьбы, аспект своего гражданства.

Одна из них говорит: *«Я так не хотела, чтобы у меня родилась девочка — эти аборты, страдания»*. Другая женщина вторит ей: *«У меня был как бы вот период фиксации только на трудностях женского существования, только на трудностях, только, там, на физиологических, там, на психологических...»* (И 12, 1950 г. р.).

Заключение

Итак, сформулируем несколько выводов. Советское женское гражданство характеризуется абортной контрацептивной культурой. Причем эта рутинная практика аборта носит травматический характер, она вызывает ужас, боль, стыд женщин и, тем не менее, воспринимается как единственный выход из безвыходного положения нежелательной беременности, «выбор без выбора».

Рутинизация аборта предполагает массовость этой практики, простоту бюрократического оформления, отсутствие морализаторского дискурса, нехватку институциональной рефлексивности по поводу либерализации сексуальных практик — просвещения, распространения эффективных средств контрацепции. В позднесоветское время аборт рассматривался как естественная составляющая женского опыта. Подводя итог длинному разговору, информантка делает вывод:

И наша жизнь была страшная, мы все ходили на аборты. Кто сколько раз. Я беременела фантастически... поэтому я сделала очень много абортов (И 8, 1950 г. р.).

В современном обществе абортная культура постепенно уступает иным практикам контроля рождаемости. Теперь искусственное прерывание беременности — уже не травмирующая рутина, построенная на принципе выбора без выбора, но моральная проблема, предполагающая возможности выбора. Эта тема обсуждается в популярных телевизионных ток-шоу, становится предметом электоральной политики и церковной риторики. Современная молодежь склонна использовать контрацептивы на постоянной основе, более того, проблематизируется отказ от использования контрацептивов нового поколения.

Литература

- Бараулина Т. (2002). Моральное материнство и воспроизводство женского опыта, в кн.: Е. Здравомыслова и А. Тёмкина, ред., *В поисках сексуальности*. СПб.: Дмитрий Буланин.
- Волков В. (1996). Концепция культурности, 1935–38: советская цивилизация и повседневность сталинского времени, *Социологический журнал*, № 1–2.
- Гендерная экспертиза российского законодательства* (2001), Л. Завадская, отв. ред. М.: БЕК.
- Голод С.И. (1998). *Семья и брак: историко-социологический анализ*. СПб.: Петрополис.
- Здравомыслов Я.И. (1926). *Вопросы половой жизни*. Л.: Изд-во П.П. Сойкина.
- Здравомыслова Е. и Тёмкина А., ред. (2002). *В поисках сексуальности*. СПб.: Дмитрий Буланин.
- Кон И. (2005). *Сексуальная культура в России. Клубничка на березке*, 2-е изд., перераб. и доп. М.: Айрис-Пресс.
- Мейлахс Н. (2009). Неслышные переговоры: выбор способа предохранения и отношения между партнерами, в кн.: Здравомыслова Е., Роткирх А., Тёмкина А., ред., *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге.
- Попов А.А. (1995). Аборты в России, *Человек*, № 1.
- Чернова Ж. (2007). Модель «советского» отцовства: дискурсивные предписания, в кн.: Е. Здравомыслова, А. Тёмкина, ред., *Российский гендерный порядок: социологический подход*. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге, с. 138–168.
- Чуйкина С. (2002). «Быт неотделим от политики»: официальные и неофициальные нормы «половой» морали в советском обществе 1930–1980-х гг., 2002, в кн.: Е. Здравомыслова, А. Тёмкина, ред., *В поисках сексуальности*. СПб.: Дмитрий Буланин.
- Engelstein L. (1991). Abortion and the Order. The Legal and Medical Debates, in: B. Clements et al., eds., *Russia's Women (Accommodation, Resistance, Transformation)*. Los Angeles, p. 185–207.
- Kukhterin S. (2000). Fathers and Patriarchs in Communist and Post-Communist Russia, in: S. Ashwin, ed., *Gender, State, and Society in Soviet and Post-Soviet Russia*. New York; London: Routledge, p. 71–90.
- Lister R. (1997). *Citizenship: Feminist Perspective*. Basingstoke: MacMillan.

- Rotkirch A. (2000). *The Man's Question. Loves and Lives in Late 20th Century Russia*. University of Helsinki – Dep. of Social Policy. Research Report, N 1.
- Siim B. (2000). *Gender and Citizenship. Politics and Agency in France, Britain, and Denmark*. Cambridge University Press.
- Turner B. (1990). Outline of a Theory of Citizenship, *Sociology*, N 24: 2, p. 189–217.
- Walby S. (1994). Is Citizenship Gendered? *Sociology*, N 28: 2, p. 379–395.
- Yuval-Davis N. (1997). *Gender and Nation*. Sage.

Виктория Сакевич
**ПРОБЛЕМА АБОРТА
В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ**

«Абортная культура» уходит в прошлое

Внутрисемейный контроль рождаемости давно стал массовой практикой в России. Подтверждением этому может служить низкий уровень рождаемости, с середины 1960-х гг. не обеспечивающий простого возобновления поколений. Большинство пар регулируют как число детей, так и сроки их появления на свет. Вопрос заключается в том, какие методы они используют для регулирования рождаемости: методы планирования семьи, позволяющие предотвратить нежелательное в данный момент зачатие, или прерывание незапланированной беременности (искусственный аборт). В отличие от многих других стран, в России долгие годы был широко распространен второй вариант. Говорят даже об особой *«абортной культуре»*, сложившейся в Советском Союзе¹. В 1965 году, когда нетто-коэффициент впервые в мирное время опустился ниже единицы, т. е. ниже границы простого воспроизводства населения, на 100 родов в России приходилось 278 абортов. Тогда, в середине 1960-х гг., было зафиксировано максимальное за всю историю число прерванных беременностей — 5,6 млн в год. В 1970–1980-х годах среднегодовое число абортов в стране превышало 4,5 млн. Очень большое количество абортов сочеталось в то время с практически полным отсутствием службы планирования семьи, занимающейся информированием населения, обеспечением противозачаточными средствами и соответствующей медицинской помощью.

¹ Более подробно об истории регулирования рождаемости в России см., напр.: Вишневский 2006.

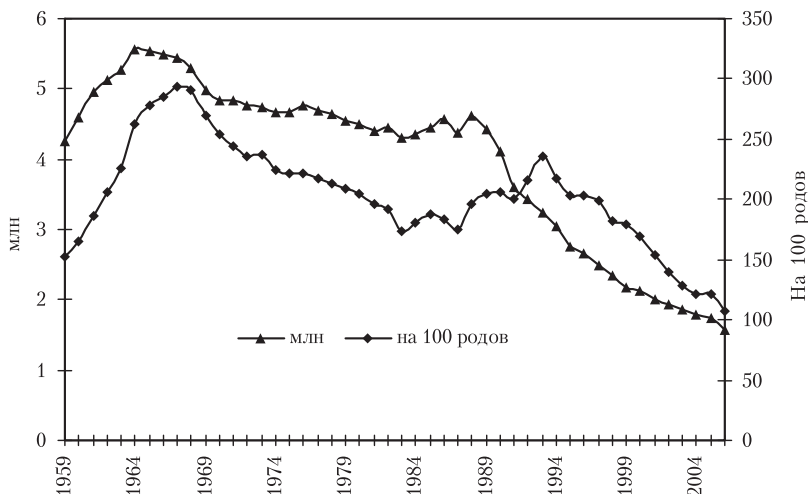


Рис. 1. Изменение числа абортов в России: абсолютного (левая шкала) и в расчете на 100 родов (правая шкала), 1959–2006 гг. (по: Российский статистический ежегодник (2007): 278).

Эффективные средства контрацепции были в дефиците. Почти полностью отсутствовало половое воспитание и образование.

В 1990-е годы ситуация в сфере внутрисемейного регулирования рождаемости в России существенно изменилась. Вот уже более 15 лет число абортов неуклонно снижается (рис. 1). Сегодня можно утверждать, что в России идет активное замещение аборта планированием семьи, а само планирование семьи становится все более эффективным.

За период с 1990 по 2006 г. абсолютное число абортов сократилось в 2,6 раза, а коэффициент абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста — в 2,8 раза (табл. 1). Среднегодовой темп снижения составил 6%. Всего в 2006 г., по данным Росстата, было зарегистрировано 1582,4 тыс. абортов, или 40,3 — на 1000 женщин репродуктивного возраста, а без учета самопроизвольных абортов — 36,0 на тысячу².

² Статистика абортов в России включает часть самопроизвольных абортов, которые начались спонтанно вне стен медицинского учреждения. Это завышает российские показатели относительно других стран. На наш взгляд, следовало бы исключить самопроизвольные аборты из статистики искусственных абортов.

Таблица 1

**Основные показатели распространенности аборт в России
(по: Российский статистический ежегодник (2007): 278)**

Год	Число аборт			Доля аборт среди беременностей*, %
	всего, тыс.	на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет	на 100 живорождений	
1990	4103,4	113,9	206,3	67,4
1995	2766,4	72,8	202,8	67,0
2000	2138,8	54,2	168,8	62,8
2001	2014,7	50,9	153,6	60,6
2002	1944,5	49,0	139,2	58,2
2003	1864,6	47,0	128,6	56,3
2004	1797,6	45,5	122,0	54,9
2005	1732,3	44,1	121,2	54,8
2006	1582,4	40,3	106,9	51,7

* Для простоты принято, что число беременностей приблизительно равно сумме аборт и живорождений.

Ситуация улучшается по всем возрастным группам женщин (табл. 2). После 1994 года самыми быстрыми темпами коэффициент аборт снижался среди девушек моложе 20 лет, причем одновременно со снижением коэффициента рождаемости. То есть наблюдается положительная тенденция сокращения числа беременностей среди девушек-подростков.

Суммарный коэффициент аборт — интегральный показатель, не зависящий от возрастного состава женщин, — составил в 2006 г. 1,4 аборт в среднем на одну женщину репродуктивного возраста (расчет на основе данных Росстата). Эта цифра показывает, сколько аборт в среднем приходится на одну российскую женщину при сохранении существующей повозрастной интенсивности производства аборт. Для сравнения: в 1991 г. на 1 женщину приходилось в среднем 3,39 аборт.

Снижение уровня аборт иногда подвергается сомнению и представляется лишь как отражение неполноты их учета (в частности, из-за развития негосударственной системы оказания медицинской помощи). Вероятно, какая-то часть «коммерческих» аборт действительно не попадает в официальную статистику (хотя по закону должна попадать), но этот недоучет не настолько велик, чтобы отрицать факт существенного снижения уровня аборт в России.

Таблица 2

Число зарегистрированных абортов в России по возрастным группам (рассчитано по: Российский статистический ежегодник (2007): 278)

Год	Число абортов на 1000 женщин в возрасте, лет			Суммарный коэффициент абортов**
	15–19*	20–34	35 и старше	
1991	69,7	152,5	50,5	3,39
1995	57,1	122,4	33,1	2,62
2000	36,0	97,6	23,8	2,00
2001	34,2	91,0	22,1	1,87
2002	32,7	87,1	21,1	1,79
2003	30,8	82,3	20,4	1,69
2004	29,5	78,5	19,6	1,62
2005	29,3	74,8	19,0	1,55
2006	28,9	66,2	17,8	1,40
2006 к 1991, %	41	43	35	41

* Включая аборты в возрасте до 15 лет.

** Среднее число искусственных абортов, приходящееся на одну женщину за весь репродуктивный период при сохранении возрастной интенсивности производства абортов в расчетном году.

Разработка и публикация данных об абортах в указанной возрастной группировке налажена с 1991 г.

Результаты репрезентативных выборочных обследований населения говорят о том, что официальная оценка распространенности абортов не сильно искажает картину. Сравнение показателей абортов, полученных в результате трех выборочных опросов женщин (1988–1989, 1996 и 2000 гг.) в разных регионах страны, с официальными цифрами показало, что расхождения между ними очень малы (Philipov et al. 2004).

Хотелось бы также оспорить популярное в медицинской литературе утверждение о том, что в России растет (или, по крайней мере, не снижается) уровень абортов среди женщин, беременных впервые. На самом деле, статистика свидетельствует о том, что уровень абортов среди первобеременных снижается, хотя их удельный вес в общем числе абортов действительно не демонстрирует явного снижения. За шесть лет число абортов у беременных впервые в расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста снизилось на 22%, а число абортов у первобеременных в возрасте 15–24 года в расчете на 1000 женщин данного

возраста (на этот возрастной интервал приходится около 90 % всех прерываний первой беременности) — на 27 % (табл. 3).

Таблица 3
Аборты у беременных впервые, включая мини-аборты, 2000–2006 гг.
(по данным МЗСР РФ)

Год	Аборты у первобеременных на 1000 женщин в возрасте, лет		Доля абортов у первобеременных в общем числе абортов, %
	15–24	15–49	
2000	15,8	5,2	10,4
2001	15,4	5,2	11,0
2002	14,8	5,1	11,3
2003	13,6	4,7	11,0
2004	12,9	4,5	11,1
2005	11,8	4,11	10,8
2006	11,6	4,06	11,3

Несмотря на положительную динамику, среди исходов беременностей в России аборты по-прежнему более многочисленны, чем рождения. На 100 живорождений в 2006 г. приходилось 107 абортов; иными словами, более половины всех беременностей были прерваны абортом. Как показывают выборочные опросы, российские женщины при низком желаемом числе детей и не очень эффективной контрацепции характеризуются высокой степенью готовности прервать нежелательную беременность. *Поэтому число абортов все еще остается высоким.* Проблема искусственного аборта остается в ряду наиболее острых проблем общественного здоровья в России.

Какие женщины делают аборты?

По возрастному распределению абортов Россия существенно отличается от многих западных стран. Там проблема незапланированной беременности и аборта в первую очередь касается подростков и молодых незамужних женщин, тогда как в России аборт — обычный метод внутрисемейного регулирования рождаемости, инструмент, используемый, чтобы либо отложить на время рождение следующего ребенка, либо прекратить дальнейшие рождения у женщин, имеющих де-

тей. Например, на возраст моложе 25 лет в Англии и Уэльсе, США, Канаде, Финляндии приходится половина всех аборт, в Швеции, Норвегии, Бельгии, Нидерландах, Дании — свыше 40 %, тогда как в России — 34 %. Правда, по величине коэффициента аборт в данном возрастном интервале (а не по их удельному весу в общем числе аборт) Россия опережает все названные страны (рис. 2).

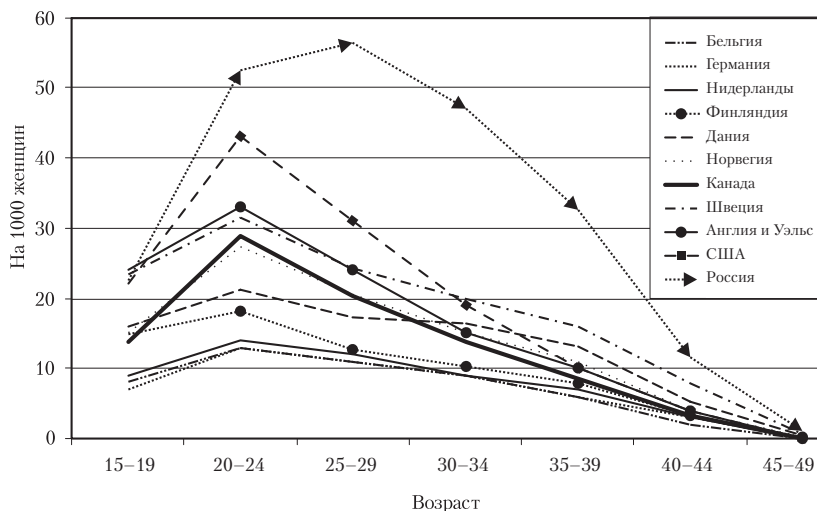


Рис. 2. Возрастные коэффициенты аборт в России (2006 г.) и некоторых странах (последние имеющиеся данные) на 1000 женщины соответствующего возраста.

Максимум учтенных аборт в России (половина от общего числа) приходится на возрастной интервал от 20 до 29 лет, более 20 % — на возраст 30–34 года, еще около 20 % — старше 35 лет и оставшиеся 9–10 % — на самый молодой возраст — до 20 лет (табл. 4).

Средний возраст женщины, производившей аборт в учреждениях системы МЗСР РФ в 2006 г., составил 28,7 года (это выше, чем средний возраст материнства — 26,6 года). В течение последних 10 лет, за которые статистика позволяет рассчитать данный показатель, наблюдалась тенденция повышения среднего возраста производства аборт. Это связано с тем, что коэффициенты аборт в молодых возрастах (до 30 лет) уменьшались более быстрыми темпами, чем в старших возрастах. Молодые пары, вероятно, активнее применяют современные,

эффективные методы контрацепции. Вместе с тем некоторую роль, возможно, играет и тот факт, что молодые женщины чаще, чем женщины старшего возраста, обращаются в частные клиники, где аборт могут частично выпадать из официальной регистрации. Но это лишь предположение.

Таблица 4
Вклад возрастных групп в общее число аборт в России, %
(по данным МЗСР РФ)

Год	Возраст женщин, лет						
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
1996	10,1	27,0	27,4	18,7	12,0	4,3	0,6
2000	8,9	26,0	26,3	20,8	12,5	4,9	0,5
2001	9,1	25,9	26,0	20,9	12,8	4,9	0,5
2002	9,1	25,6	25,9	20,9	13,1	4,9	0,5
2003	9,1	25,1	25,7	20,9	13,7	4,9	0,5
2004	9,1	24,5	25,7	21,0	14,1	5,0	0,5
2005	9,4	24,1	25,6	21,1	14,3	5,1	0,5
2006	10,1	23,6	25,3	20,9	14,4	5,1	0,5

Официальная статистика аборт содержит очень ограниченный набор показателей. Опираясь на них, нельзя определить, насколько однородным является поведение российских женщин, все ли россиянки одинаково часто прибегают к прерыванию беременности, есть ли различия между социально-демографическими группами. Ответы на эти вопросы можно получить на основании социологических исследований, касающихся данной стороны репродуктивного поведения, которые в России на национальном уровне не проводятся. Тем не менее некоторые вопросы, относящиеся к теме регулирования рождаемости, иногда включаются в другие обследования.

В частности, они входили в программу недавнего репрезентативного на национальном уровне выборочного обследования «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» («РидМиЖ-2004»)³.

³ Российское обследование «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» в рамках международной программы Европейской экономической комиссии ООН «Generations and Gender Programme»/Программа «Поколения и Гендер» было проведено Независимым институтом соци-

Полученная при этом обследовании информация позволила существенно дополнить данные текущей статистики.

Прежде всего, обследование подтвердило высокую распространенность практики прерывания беременности в России. С повышением возраста респонденток быстро сокращается удельный вес женщин, ни разу не прерывавших беременность. К 30 годам уже примерно половина женщин сделали хотя бы один аборт, а к 50 годам — 70 %, причем половина из них — два и более аборт (табл. 5).

Таблица 5

**Показатели аборт по России
(по данным выборочного обследования «РидМиЖ-2004»)**

Возраст на момент опроса, лет	Среднее число аборт на 1 женщину к моменту опроса	Доля женщин, имевших хотя бы один аборт к моменту опроса, %	Доля женщин, имевших не менее двух аборт к моменту опроса, %
18–19	0,1	8,5	2,3
20–24	0,3	21,7	6,8
25–29	0,8	40,4	18,5
30–34	1,3	53,5	34,4
35–39	1,6	59,2	39,9
40–44	1,8	66,0	44,0
45–49	2,0	69,6	50,4
18–49	1,3	50,6	31,9

Примечание. Количество аборт для каждой женщины оценивалось косвенным путем — вычитанием из общего числа беременностей у женщины к моменту опроса числа рожденных ею детей. Очевидно, что это приблизительная оценка.

В среднем представительница поколения женщин, которым на момент опроса было от 40 до 49 лет (1955–1964 г. рождения) и которые завершили свою репродуктивную «карьеру», имела за свою жизнь

альной политики (Москва) при финансовой поддержке Пенсионного фонда Российской Федерации и Научного Общества Макса Планка (Германия). Опрос проведен в июне–августе 2004 г. в 32 регионах России, объемом случайной нестратифицированной выборки — 11 261 мужчин и женщин в возрасте 18–79 лет.

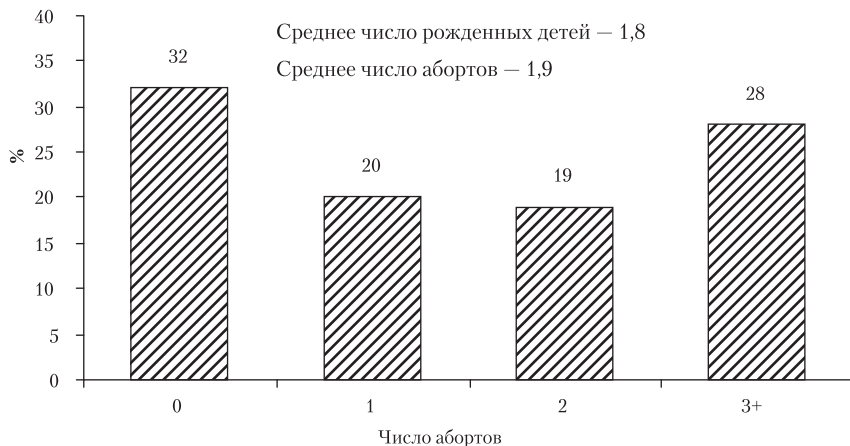


Рис. 3. Распределение женщин в возрасте от 40 до 49 лет по числу прерванных беременностей к моменту опроса, % (по данным обследования «РидМиЖ-2004»).

около 4 беременностей, из которых половина не закончились рождением ребенка. Среднее число аборт, приходящихся на одну респондентку в этом возрасте⁴, — 1,9 — складывается из 32% женщин, не имевших ни одного аборт (ни одного рождения не имели всего 5%), 20% женщин, имевших один аборт к моменту опроса, 19% — два аборт и 28%, имевших три и более аборт (рис. 3). Таким образом, группу повышенного риска составляют приблизительно половина женщин (если к таковым отнести прервавших беременность 2 и более раз) — на них приходится около 90% всех аборт, сделанных представительницами поколения 40–49-летних.

Обследование «РидМиЖ-2004» позволило также выявить некоторые различия в частоте аборт между разными социально-демографическими группами женщин. При этом надо отметить, что все группы в среднем характеризуются высокой распространенностью практики прерывания беременности. Более низким уровнем аборт⁵ характери-

⁴ Оценка аборт получена для 1447 женщин от 40 до 49 лет.

⁵ Следует помнить, что число аборт, произошедших за всю жизнь к моменту опроса, сопоставляется здесь с социальными характеристиками женщин на момент опроса, что не совсем корректно.

зуются респондентки 1) с высшим образованием (у них же и наименьшая рождаемость); 2) с более прочным брачно-партнерским статусом, т. е. проживающие совместно с партнером в зарегистрированном браке по сравнению с состоящими в неформальном союзе; 3) использующие только современные средства контрацепции (по сравнению с использующими традиционные методы и не использующими методы контрацепции вообще); 4) жительницы Москвы и Санкт-Петербурга. Последнее подтверждается и данными официальной статистики: в 2006 г. число аборт в расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста составило 15 в Москве и 28 в Санкт-Петербурге (при среднероссийском — 40).

Право на аборт

Россия входит в число стран с либеральным законодательством по отношению к аборту. Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан (статья 36) определено, что искусственное прерывание беременности может проводиться по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, при наличии социальных показаний — при сроке до 22 недель⁶ и на любом сроке беременности, если имеются

⁶ Надо отметить, что перечень показаний для аборта на сроках после 12 недель, утверждаемый Правительством, служит инструментом политики в отношении искусственного прерывания беременности. В 1996 году, когда был утвержден более широкий, чем действовал до этого, перечень социальных показаний для прерывания беременности (Постановление Правительства РФ от 8 мая 1996 г. № 567), право на аборт было расширено. Основаниями для аборта после 12 недель с 1996 г. могли стать ситуации, если женщина не состоит в браке, если кто-либо из супругов является безработным, при отсутствии жилья, при доходе на члена семьи менее прожиточного минимума и др. Такая широкая трактовка социальных показаний для аборта объяснялась необходимостью ликвидировать внебольничные, криминальные аборты в трудных социально-экономических условиях переходного периода. В 2003 году, когда трудный переходный период, вероятно, завершился, Правительство Российской Федерации (Постановление от 11 августа 2003 г. № 485) приняло решение резко сократить перечень социальных показаний для производства искусственного аборта — с 13 до 4 пунктов: наличие решения суда о лишении или об ограничении родительских прав; беременность в результате изнасилования; пребывание женщины в местах лишения свободы; наличие инвалидности I–II группы

медицинские показания. Несмотря на либеральное законодательство и широкую распространенность практики искусственного прерывания беременности, большая часть населения, судя по результатам опросов, относится к нему отрицательно.

Раздел «Ценности и установки» российской программы «РидМиЖ-2004» содержал, среди прочего, вопрос: «Согласны ли Вы с утверждением “Аборты без медицинских показаний должны быть сильно ограничены или запрещены законодательно”»?⁷

45% респондентов, участвовавших в РидМиЖ-2004, согласились с необходимостью законодательного ограничения абортов. Несогласие выразили 32%, и еще 23% не имели твердого суждения по этому вопросу. Учитывая, что последние не высказались **за** (хотя, очевидно, относятся к самому аборту негативно), можно сказать, что общество расколото примерно пополам в отношении права на искусственное прерывание беременности.

Таблица 6

Распределение ответов респондентов на вопрос, согласны ли они с утверждением: «Аборты без медицинских показаний должны быть сильно ограничены или запрещены законодательно», % (по данным «РидМиЖ-2004»)

Показатель	Женщины	Мужчины	Всего
Полностью согласны, согласны	43	48	45
И да и нет	21	25	23
Не согласны, совсем не согласны	36	26	32
Всего	100	100	100

Мужчины настроены более решительно против права на аборт, чем женщины. Среди опрошенных мужчин число сторонников ограничения/

у мужа или смерть мужа во время беременности. Сегодня Министерство здравоохранения и социального развития, поставившее задачу значительного повышения рождаемости в стране, хочет пойти еще дальше, ограничив этот перечень двумя пунктами (инцест и изнасилование). Доля абортов по социальным показаниям очень мала и не может серьезным образом повлиять на ситуацию с абортами в стране. Тем не менее решение Правительства симптоматично как попытка решить еще один сложный социальный вопрос с помощью административно-правового регулирования.

⁷ Более подробно об этом см.: Захаров и Сакевич 2007.

запрещения аборта превышает число противников во всех возрастах, но особенно по краям возрастной шкалы. Среди опрошенных женщин в числе сторонников ограничения права на аборт заметно преобладают женщины в возрасте до 25 лет (молодежь) и в «пенсионном» возрасте (после 60 лет), для которых проблема аборта не стоит как личная проблема. В интервале 25–59 лет голоса между двумя крайними группами делятся примерно поровну: около 40% — за ограничение/запрещение аборта не по медицинским показаниям и около 40% — против.

Анализ социально-демографических характеристик респондентов, по-разному относящихся к идее запрета аборта, показывает, что:

- Самую сильную поддержку, как и следовало ожидать, эта идея находит в среде сильно религиозных людей⁸, исповедующих православие, и среди исповедующих ислам. Хотя и здесь она не имеет 100%-ной поддержки: 20–30% из них не согласны с законодательным ограничением аборт.

- Чем ниже уровень образования, тем консервативнее настроены респонденты. 51% опрошенных с образованием ниже среднего выступили за ограничение законных оснований для аборта, тогда как среди респондентов с высшим образованием таких было 37%.

- Чаще соглашались с необходимостью законодательного ограничения аборта респонденты, проживающие в сельской местности (48%). Наиболее либеральные взгляды в отношении права на аборт продемонстрировали жители Москвы и Санкт-Петербурга (36%).

- Удельный вес сторонников ограничения/запрещения права на аборт выше среди выходцев из многодетных семей и среди женщин, родивших троих и более детей (48%). Вероятно, эти социально-демографические группы в большей степени (чем остальное население) разделяют традиционные представления о семейном и репродуктивном поведении и негативно относятся к регулированию деторождения вообще.

- Чем чаще женщины прерывают беременность, тем сильнее они отстаивают право на аборт, и, наоборот, самый высокий процент противников аборта — среди тех, кто ни разу не прерывал беременность. Возможно, для последних проблема аборта просто неактуальна, они рассуждают «теоретически».

⁸ Религиозность среди православных определялась, исходя из частоты посещения религиозных служб и согласия с необходимостью соблюдения религиозных обрядов.

Сравнение ответов респондентов на вопросы ценностного блока, касающиеся семейных отношений и деторождения, показывает, что относительно права на аборт общество расколото в гораздо большей степени, чем по другим предложенным в анкете утверждениям. Например, респонденты практически единодушно согласились со следующими суждениями: «Чтобы ребенок рос счастливым, ему нужен дом, где есть отец и мать»; «Для полной самореализации у женщины должны быть дети»; «Если пара несчастлива в браке, развод вполне допустим, даже если в семье есть дети». Подавляющее большинство дружно не согласилось с тем, что «брак — это устаревший вид отношений». Заметной связи между отношением к аборту и другими ценностными переменными обнаружить не удалось.

Таким образом, значительная часть населения не одобряет практики аборта, что в целом можно расценить как благоприятный факт, способствующий дальнейшему снижению уровня абортов в России. Другой вопрос, готовы ли пары на практике стать «ответственными родителями», т. е. добиться того, чтобы беременности были желанными, чтобы дети рождались в оптимальные для родителей сроки, чтобы число беременностей было максимально близким к числу родов. Уровень распространенности абортов в России говорит о том, что ответственное родительство сталкивается со многими препятствиями.

Обследование показало, что в общественном сознании абортная практика как результат индивидуального и семейного выбора и законодательное право на аборт не очень четко разделены. Видимо, активная антиабортная пропаганда последних лет, особенно со стороны священнослужителей, а также некоторых «патриотических» сил, спекулирующих на представлениях о моральном облике российских граждан и борющихся с сокращением численности населения, принесла свои плоды. Но история знает немало примеров того, к каким печальным последствиям приводит законодательный запрет аборта. Так, запрет аборта в СССР в 1936 г. не повысил рождаемость, как надеялись власти, но резко обострил криминогенную обстановку в стране, ухудшил все показатели здоровья матери и ребенка: более чем двукратно возросло число убийств грудных детей (в 1940 г. 14 % умерших в городах России от убийств составляли дети до 1 года), в два раза возросла общая материнская смертность, среди которой смертность от аборта достигла более 70 % (Вишневский 2006: 204–215).

Аборт может быть безопасным

Опыт многих стран показывает, что уровень абортов может быть намного ниже, чем в России, однако совсем избавиться от абортов не удалось до сих пор ни одному обществу. В связи с этим возникает вопрос о том, что современная медицинская наука и практика могут предложить тому, пусть и небольшому, числу женщин, которые по тем или иным причинам решаются прибегнуть к операции искусственного прерывания беременности.

В отечественной медицинской литературе преобладает взгляд на искусственный аборт как на операцию, калечащую здоровье женщины. Вот как писали о последствиях аборта в советское время: «Почти у каждой третьей женщины после аборта возникает осложнение, а у прервавших первую беременность — почти у каждой второй. Аборт приводит к эмоциональному стрессу, который нарушает течение всех психических и физических процессов в организме, влияет на течение и исход последующих беременностей. Установлено, что аборты — основной источник гинекологических заболеваний. ...В научной литературе встречаются многочисленные данные об увеличении риска возникновения онкологических заболеваний женской половой сферы параллельно росту частоты искусственных абортов» (Шнейдерман 1991: 60)⁹. Сегодня медики продолжают этот ряд примеров губительных последствий (легальных) абортов для здоровья женщины: «Частота ранних, отсроченных и отдаленных осложнений после аборта... колеблется в пределах 16–52%, при этом поздние осложнения, преимущественно более тяжелые, значительно превышают ранние...» (Шарапова и Бакалаенко 2003: 5–6). «Аборты часто являются причиной бесплодия, невынашивания и других осложнений беременности и родов, более высоких показателей материнской и перинатальной смертности. ...У беременных с абортами в анамнезе на 20% выше регистрируются угроза невынашивания беременности, аномалии родовой деятельности. Перинатальные потери у женщин с абортами в анамнезе на 10–12% выше, чем у женщин, их не имеющих» (Кулаков и Орлова 2004).

А вот как пишут о процедуре медицинского аборта (имеется в виду легальная процедура) американские специалисты: «Риск осложнений после аборта минимален, менее 0,3% пациенток, сделавших аборт, испытывают осложнения, требующие госпитализации. Аборты, выпол-

⁹ Автор ссылается на источники 1970-х гг.

ненные в первом триместре беременности, практически не ведут к таким проблемам, как бесплодие, внематочная беременность, спонтанные аборт или врожденные дефекты плода, имеют небольшой или почти не имеют риска преждевременных родов и низкого веса новорожденного. Всесторонние лонгитюдные исследования, выполненные по заказу правительств США и Великобритании, обнаружили, что связи между аборт и раком груди не выявлено. Также нет свидетельств того, что аборт является фактором риска других видов рака. На основании многочисленных исследований с начала 1980-х гг., ведущие эксперты пришли к заключению, что аборт не наносит вреда психическому здоровью женщины» (Boonstra et al. 2006: 5). Главные аргументы противников аборт в США находятся скорее в религиозно-этической и психологической сферах, чем в медицинской.

Сегодня и такая авторитетная организация, как ВОЗ, признает, что «процедуры и техника выполнения искусственного аборт на ранних стадиях просты и безопасны. Если прерыванием беременности занимаются квалифицированные медработники, используя для этого адекватное оборудование, правильную методику и санитарно-гигиенические стандарты, то аборт является **одним из самых безопасных** (выделено мной. — В.С.) медицинских вмешательств» (Безопасный аборт 2003: 15).

Мировая медицинская наука активно развивается, внедряются новые технологии, вводятся в обиход новые препараты, в том числе в сфере прерывания беременности, а Россия, складывается впечатление, остается как бы в стороне от этих процессов. Вместо того чтобы совершенствовать качество оказания медицинской помощи, наши чиновники от медицины стараются минимизировать риск для себя. В принятом совсем недавно Приказе Минздравсоцразвития РФ «О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель» (от 17.05.2007) предлагается перед аборт предупредить женщину о его тяжелых последствиях, вплоть до удаления матки, и таким образом символически снять с медиков ответственность за возможные осложнения здоровья.

Согласно рекомендациям ВОЗ, предпочтительными методами искусственного прерывания беременности в первом триместре являются аспирация (мануальная или электровакуумная) и медикаментозный аборт (применение препарата мифепристон). В России аборт, выполненные относительно щадящим методом вакуум-аспирации, составляют всего $\frac{1}{4}$ от общего числа медицинских аборт. А медикаментоз-

ных — самых безопасных на сегодняшний день — абортов зарегистрировано в 2006 г. всего 16,7 тыс. (при общем числе абортов 1,6 млн). Самый распространенный метод в России — выскабливание — ВОЗ допускает только в исключительных случаях, когда нет возможности применить более щадящие методы.

Таким образом, одна из актуальнейших задач для российской системы здравоохранения — повышать качество проведения операции по прерыванию беременности. На наш взгляд, бороться за снижение распространенности абортов следовало бы не столько запугиванием населения («зло» и «потеря здоровья»), сколько путем развития службы планирования семьи, позволяющей предотвращать (а не прерывать) незапланированные беременности, помогать распространению адекватной информации и способствовать всестороннему сексуальному образованию.

Заключение

В России продолжается положительная тенденция снижения распространенности аборта, за которой стоит расширение практики использования современных методов контрацепции. «Абортная культура» советских времен разрушена. В то же время переход к современному типу регулирования рождаемости, с минимально возможным числом нежелательных, несвоевременных беременностей, еще далек от завершения.

Основная причина сохраняющегося «лидерства» России по уровню абортов в мире — невысокий уровень эффективности применяемой контрацепции или ошибки при использовании контрацепции (данный вопрос в статье не обсуждался). Обследование «РиДМиЖ-2004» дает основание предположить, что более низкий уровень абортов характерен для женщин с высшим образованием и с более прочным брачно-партнерским статусом (т. е. проживающих совместно с партнером в зарегистрированном браке по сравнению с состоящими в неформальном союзе).

Согласно результатам «РиДМиЖ-2004», российское общество, несмотря на широкое распространение практики аборта, в целом не одобряет искусственное прерывание беременности. Вместе с тем в общественном сознании абортная практика как результат выбора и как право не очень четко разделены. Около половины респондентов в воз-

расте от 18 до 80 лет, участвовавших в «РиДМиЖ-2004», согласились с необходимостью законодательного ограничения права на аборт.

К сожалению, российские власти, вместо того, чтобы усилить разъяснительную работу о тяжелых негативных последствиях запрета права на аборт, сами действуют в направлении ограничения этого права. Борьба за снижение распространенности абортов следует не путем уменьшения их доступности, а путем развития службы планирования семьи и системы сексуального образования, а этого в России сегодня не происходит. Кроме того, одна из актуальнейших задач для российской системы здравоохранения — повышать качество проведения операции по прерыванию беременности.

Литература

- Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики* (2003). Женева: Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро.
- Вишневский А.Г., ред. (2006). *Демографическая модернизация России, 1900–2000*. М.: Новое издательство.
- Захаров С.В. и Сакевич В.И. (2007). Особенности планирования семьи и рождаемость в России: контрацептивная революция — свершившийся факт? В кн.: Т.М. Малева и О.В.Синявская, науч. ред., *Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе*: Сборник аналитических статей. М.: НИСП, вып. 1, с. 148–153.
- Кулаков В. и Орлова О. (2004). Репродуктивное здоровье в Российской Федерации, *Народонаселение*, № 3.
- Российский статистический ежегодник*: Стат. сб. Росстат (2007). М.
- Шарапова О.В. и Баклаенко Н.Г. (2003). Медико-социальные и правовые аспекты абортов в Российской Федерации, *Планирование семьи*, № 3, с. 2–7.
- Шнейдерман Н.А. (1991). *Откровенный разговор: Рождаемость и меры ее регулирования*. М.: Мысль.
- Boonstra H. et al. (2006). *Abortion in Women's Lives*. New York: Guttmacher Institute.
- Philipov D., Andreev E., Kharkova T., and Shkolnikov V. (2004). Induced Abortion in Russia: Recent Trends and Underreporting in Surveys, *European Journal of Population*, N 20, p. 95–117.

Часть 2

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
С МЕДИЦИНОЙ:
ДЕНЬГИ, ЗНАНИЯ,
СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ**

Полина Аронсон

СТРАТЕГИИ ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ И СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Обращение за профессиональной медицинской помощью является одной из важнейших практик, связанных с заботой о здоровье, — но далеко не единственной. Исследования, проведенные в разных странах, показывают, что большинство подобных вопросов люди решают, не прибегая к помощи врача: полагаясь на домашние средства, народную медицину, советы близких, собственный жизненный опыт, информацию в масс-медиа и так далее (Pill 1982; Blaxter 1983, 1990; Cornwell 1984; Pill 1985a, 1985b; Herzlich and Pierret 1987; Augé and Herzlich 1995; Lindquist 2002). Контакт с профессиональной медициной, как правило, происходит только по поводу определенных симптомов: часть явлений люди считают «несущественными» или «ненастоящими болезнями», часть — сознательно или несознательно игнорируют (Cornwell 1984). Обыденное знание позволяет интерпретировать симптомы и категоризировать их как «опасные» или «неопасные», определяя стратегию поведения: игнорировать, контролировать доступными средствами или обратиться к эксперту. Эта избирательность обращения за профессиональной помощью в англоязычной литературе часто описывается как «айсберг симптомов»: врачи имеют дело лишь с небольшим сегментом явлений, которые сами пациенты классифицируют как не поддающиеся контролю другими способами; все остальное остается скрытым от их наблюдений (Hannaу 1979). Однако помимо когнитивных интерпретаций, большую роль в выборе практик заботы о здоровье играет доступ к тем или иным видам помощи и степень доверия к ним. В этой статье речь пойдет о том, как в современной России формаль-

ный доступ к медицинской помощи, с одной стороны, и неформальные сети — с другой, определяют стратегии взаимодействия представителей разных социальных групп с профессиональной медициной. В рамках данной статьи будут рассмотрены два явления, которые по результатам анализа литературы представляются нам наиболее типичными: (1) отказ от профессиональной медицинской помощи и (2) стратегии ее персонализации (т. е. установление личных отношений с врачом и другими медицинскими работниками). Особое внимание уделяется проблеме недоверия институциональной среде здравоохранения и социальному неравенству в формировании этих стратегий.

Данная статья основана на вторичном анализе результатов исследований, проводившихся в России с начала 1990-х гг. как отечественными, так и зарубежными социологами, эпидемиологами и экономистами. В качестве основных источников по теме неравенства в предоставлении медицинской помощи в России были использованы многочисленные публикации Н. Русиновой и Дж. Браун (Brown and Rusinova 1997, 2002; Rusinova and Brown 2003), а также работы М. Ривкин-Фиш (Rivkin-Fish 2005) и Г. Линдквист (Lindquist 2002). Анализ роли системы обязательного медицинского страхования (ОМС) в воспроизводстве социального неравенства был проведен на основе исследований Дж. Твигг (Burger et al. 1998; Twigg 1999a, 1999b), Д. Балабановой (Balabanova et al. 2003), С. Сидориной и Н. Сергеева (2001) и данных ВОЗ (Tragakes and Lessof 2003). В качестве материала для анализа использовались исследования, посвященные неформальным платежам (Шишкин и др. 2004), рынку традиционной медицины (Brown and Rusinova 2002; Горюнов и Хлопушин 2005), а также статистика обращений за медицинской помощью (Максимова 2002; Иванова 2007).

Необходимо отметить, что мы не ставим себе цель продемонстрировать социальную структуру заболеваемости в современной России или выявить прямую причинно-следственную связь между заболеваемостью и количеством обращений к врачу в разных социальных группах. Напротив, эта статья является попыткой описания поведенческих стратегий в отношении профессиональной медицины и социального контекста их формирования. Заключение о связи стратегий обращения к врачу и заболеваемостью являются в подобном исследовании преждевременными.

Отказ от профессиональной медицинской помощи и его причины

По данным обширного мониторинга «Комплексное изучение состояния здоровья населения», который проводился с 1989 по 2000 г. НИИ им. Семашко, только каждый пятый россиянин обращается за медицинской помощью при появлении первых симптомов, а половина делают это лишь при появлении серьезных ухудшений в состоянии здоровья. Более чем в 40 % случаев, как свидетельствуют врачи, госпитализация производится по экстренным показаниям (Максимова 2002). Исследование «The New Russian Barometer», проведенное в 1998 г., показало схожие результаты: на момент проведения опроса 42 % россиян не обращались к врачу в течение двенадцати месяцев, а 20 % не прибегали к врачебной помощи даже тогда, когда болезнь, по их собственному свидетельству, затрудняла их повседневные практики (Rose 2000). За последние десять лет, в соответствии с некоторыми данными, ситуация изменилась несущественно. Так, исследование, проведенное в 2004–2005 гг. в Липецкой области, показало, что большая часть респондентов обращались за врачебной помощью только в случае тяжелой болезни (53 % женщин, 41,4 % мужчин), значительная часть — после нескольких дней плохого самочувствия (30 % женщин, 22,7 % мужчин). Вообще не ходят к врачам или идут к ним по формальным основаниям, за бюллетенем, 14,7 % женщин и 34,4 % мужчин (Иванова 2007).

Как было отмечено в самом начале статьи, обращение за медицинской помощью — далеко не единственная практика заботы о здоровье. Эксперты ВОЗ полагают, что уровень медицинского обслуживания и состояние здоровья населения в развитых странах связаны лишь косвенно (Field 1995). Тот факт, что социальное положение индивида в большей степени влияет на его здоровье, чем имеющийся у него формальный доступ к медицинскому обслуживанию, получил подтверждение в исследованиях, проведенных в разных странах: Великобритании (Blaxter 1983, 1990, 1997; Pill 1982, 1985b), Восточной Европе (Cockerham 1999), Франции (Herzlich and Pierret 1987; Augé and Herzlich 1995).

Для конкретного человека эта закономерность выражается в том, что уровень образования, тип занятости, жилищные условия, включенность в социальные сети и другие социально-экономические факторы влияют на самочувствие индивида и его способность справляться

с болезнью в большей степени, чем медицинское обслуживание. Однако в тех случаях, когда люди все-таки обращаются за помощью к профессионалам, способ и частота их взаимодействия с медиками также зависят от их социального положения, даже в том случае, когда равный доступ к обслуживанию имеется у всех групп населения (например, в Великобритании, где централизованная система NHS — национальной системы здравоохранения — обслуживает всех граждан государства за счет налоговых сборов). В развитых странах люди с высшим образованием более склонны обращаться за специализированной помощью (а не общетерапевтической), и делают это чаще, чем люди с более низким социально-экономическим статусом (Blaxter 1990; Blair 1993). Отказ от медицинского обслуживания или несистематическое обращение к врачам являются распространенной практикой среди низкодоходных групп населения во всем мире. Однако часто это поведение определяется не дефицитом материальных ресурсов, а ценностями и нормами в отношении здоровья и болезни.

Как отмечается во многих исследованиях, с понижением уровня образования и дохода усиливается инструментальное представление о здоровье: хорошее самочувствие становится не самостоятельной ценностью, а ресурсом, который используется для осуществления повседневных практик (Pill 1982, 1985a; Blaxter 1983, 1990; Cornwell 1984). До тех пор пока человек способен выполнять необходимые практики, обращение к врачу кажется ему необязательной мерой, «роскошью». «Роль больного», подробно изученная Толкоттом Парсонсом, подразумевает не только обязанности обращения к врачу и контроля над своим состоянием, но и права на временное неучастие в повседневных действиях, в первую очередь связанных с оплачиваемым трудом (Parsons 1951). В рабочих семьях, где способность к физическому труду является основополагающей ценностью, принятие роли больного нередко является невозможным и, более того, может считаться аморальным (Cornwell 1984). Положение особенно усугубляется в тех странах, где система социальной защиты не может предоставить компенсации в ситуации болезни.

На эпидемиологическом уровне социальная структура общества, как убедительно доказывает Р. Уилкинсон, непосредственно влияет на среднюю продолжительность жизни для всех групп населения в государстве (Wilkinson 1996). По мнению Уилкинсона, в модернизированных государствах, где основной причиной смертности являются хронические, а не инфекционные заболевания, главный фактор, опре-

деляющий продолжительность жизни, — это уровень социального неравенства. Чем сильнее социальная стратификация, тем короче продолжительность жизни и выше эпидемиологические риски, в том числе и для самых высокодоходных групп населения. В странах с наименее выраженным социальным неравенством продолжительность жизни, напротив, растет: вне зависимости от уровня индивидуальных доходов их равномерное распределение дает позитивный эффект для здоровья всех граждан.

В случае существенного социального расслоения низкодходные и низкостатусные слои населения становятся наиболее зависимы от медицинского обслуживания, поскольку других ресурсов для поддержания своего здоровья у них не остается. Далее мы продемонстрируем, что в России, где уровень социального неравенства остается чрезвычайно высоким, отказ от обращения за медицинской помощью наблюдается именно среди этих групп, что создает серьезные дополнительные риски для их здоровья. Однако мы увидим, что взаимодействие с системой здравоохранения является проблематичным для всех групп населения, включая и высокостатусные группы. Причиной этих проблем является неэффективность институциональной среды здравоохранения и вытекающее из нее стремление всех слоев общества по возможности избежать столкновения с «системой» при получении медицинской помощи. Группы населения со средним или высоким уровнем дохода и образования могут задействовать свои материальные и социальные ресурсы для того, чтобы при обращении к врачу минимизировать взаимодействие с институтом здравоохранения: лечение «по благу» или «за деньги» компенсирует недостатки «системы». Те, кто не имеют социальных сетей среди медиков или не могут оплачивать свое лечение, вынуждены либо полноценно взаимодействовать с институциональной системой здравоохранения, либо избегать ее, по возможности полагаясь на другие способы лечения.

В последующих разделах статьи будут подробнее рассмотрены стратегии обращения к медицинским службам; особое внимание уделяется проблемам неравенства и доверия институциональной среде. Сначала мы обсудим, как дефицит материальных ресурсов и доверия экспертному знанию влияет на отказ от медицинской помощи, а затем перейдем к способам компенсации этого дефицита, доступным разным группам населения.

Дефицит материальных ресурсов для обращения за помощью

Отказ от медицинского наблюдения и дальнейшей помощи социологи объясняют рядом факторов, важнейшим из которых является несоответствие дохода пациентов стоимости медицинских услуг (Бойков и Фили 1998; Заруцкая 2003; Панова и Русинова 2005). Так, по данным Левада-Центра (май 2005 г.), постоянно отказываются от лечения из-за нехватки средств 39 % респондентов, а время от времени — 30 %. При этом система обязательного медицинского страхования не решает проблему неравенства в доступе к системе здравоохранения, а возможно, и стимулирует ее. Это неравенство заложено в самой структуре финансирования здравоохранения, которая, во-первых, вызывает неравномерное обеспечение разных регионов, а во-вторых, делает особенно уязвимым неработающее население, чьи страховые взносы оплачиваются не работодателем, а из региональных бюджетов, зачастую дефицитных (Burger et al. 1998; Twigg 1999a, 1999b).

Вследствие постоянной нехватки средств и отсутствия четких условий финансирования в самом законодательстве обязательного страхования медицинские учреждения вынуждены были начать продавать свои услуги населению как официально, так и неофициально, а чаще всего — совмещая формальные и неформальные платежи (Шишкин 2004). По мнению М. Ривкин-Фиш, реформаторы 1990-х гг. полагали, что товарно-денежные отношения в качестве легитимной практики смогут повысить качество оказываемых медицинских услуг (Rivkin-Fish 2005: 181). При этом они не принимали во внимание структурные препятствия, с которыми сталкивались медицинские работники и пациенты: отсутствие материальных ресурсов, отсутствие государственных стандартов контроля качества и отсутствие организаций, защищающих права пациентов. Причем изначально предполагалось, что развитие платных услуг будет происходить при сохранении гарантий бесплатного медицинского обслуживания для льготных категорий населения и по некоторым видам медицинской помощи (например, экстренная помощь), но и эти гарантии также не были соблюдены ввиду дефицита государственного бюджета.

В течение многих лет бюджет на здравоохранение в СССР, а затем в России составлял не более 3 % от ВВП (на Западе эта цифра колеблется от 6,5 до 13 %) (Rivkin-Fish 2005: 71), что было явно недостаточным для соблюдения конституционных прав на бесплатное медицин-

ское обслуживание (Schechter 1997: 39; Field and Twigg 2000). Ряд авторов утверждают, что государство переложило расходы на медицину на само население (Burger et al. 1998; Twigg 1998, 1999a, 1999b; Valabanova et al. 2003; Панова и Русинова 2005). Исследования затрат россиян устойчиво показывают, что медицинские услуги составляют около 16–18% от общих затрат домохозяйств (Сидорина и Сергеев 2001; Valabanova et al. 2003). При этом в большинстве случаев это так называемые платежи из кармана. В общей сумме эти платежи составляют около 40% от всей суммы финансирования российского здравоохранения (Tragakes and Lessof 2003: 199). Сложно не согласиться с экспертами ВОЗ в том, что такой объем наличных расходов чрезвычайно велик для государства, формально гарантирующего своим гражданам конституционное право на получение бесплатной медицинской помощи.

Для успешного лечения необходимо не только обратиться к врачу, но также разобраться в его рекомендациях и выполнить их. Именно эта стадия взаимодействия с системой здравоохранения видится нам как наиболее проблематичная для низкодходных групп населения. Дело в том, что смешение платных и бесплатных услуг не позволяет пациенту пройти полноценное обследование, не платя «из кармана», не говоря о приобретении лекарственных препаратов и временных затратах на лечение. Обращение за медицинской помощью становится в результате нерегулярным и зачастую бессмысленным. Более того, оно может быть попросту вредным: в частности, массовое возникновение в постсоветской России инфекций, не поддающихся лечению известными антибиотиками, связано именно с нерегулярным употреблением лекарств (Garrett 2001). В результате нередко пациенты приходят к врачу, когда помочь им, к сожалению, уже очень сложно (Максимова 2002).

Таким образом, недостаток материальных ресурсов, казалось бы, объясняет вынужденный отказ от обращения к врачу и последующего лечения. Однако это объяснение не является полностью исчерпывающим, учитывая, что даже те группы населения, которые располагают денежными средствами и связями, зачастую вкладывают их не в профессиональную медицинскую помощь, а в целительство и альтернативную медицину (Brown and Rusinova 2002; Lindquist 2002; Горюнов и Хлопушин 2005).

В то же время, учитывая огромную долю «теневых» платежей в официальной системе здравоохранения, можно сделать вывод о том, что люди хотят лечиться и готовы платить деньги за обслуживание, однако суть их инвестиций сводится к тому, чтобы избежать или миними-

зировать взаимодействия с институциональной структурой здравоохранения: российские граждане тратят деньги на то, чтобы избежать лечения в «государственной» системе (на альтернативную медицину), либо на то, чтобы компенсировать ее недостатки (ускорить лечение, получить доступ к лучшему оборудованию или специалисту, и т. д.).

В связи с приведенными выше соображениями можно предположить, что мы наблюдаем не собственно отказ от лечения, вызванный нехваткой средств, а более сложную, комплексную проблему: отказ (полный или частичный) от профессиональной медицинской помощи, институционализированной в системе здравоохранения, который сопровождается стратегиями ее замещения другими способами лечения. Таким образом, происходит не просто отказ от медицинской помощи — возникает дефицит доверия к институтам здравоохранения и экспертам, ассоциированным с ними. Как мы увидим далее, этот дефицит компенсируется исключительно за счет индивидуальных ресурсов пациентов.

Дефицит доверия к экспертному знанию и институциональной среде здравоохранения

В девяностые годы XX в. невозможность получить обещанную государством медицинскую помощь коснулась не только небольшой группы населения, но в результате массовой бедности стала знакомой большинству россиян. Недоверие «системе» стало своеобразным *modus vivendi* (образом жизни) для всех слоев общества, вне зависимости от их доходов и ресурсов на данный момент. Кейт Шехтер, известная исследовательница здоровья в постсоветской России, характеризует сложившуюся в 1990-е гг. ситуацию следующим образом (Schecter 1997: 40): «К концу 1980-х гг. стареющие медицинские учреждения испытывали трудности в том, чтобы предоставлять даже самую необходимую помощь, не говоря уже о сложных операциях и процедурах. Началось распространение эпидемий, примитивные методы борьбы с инфекционными заболеваниями были не эффективны, и российское население уже не могло рассчитывать на адекватную помощь. Кризис усугублялся и тем, что необходимо было самым радикальным образом пересмотреть всю систему медицинского образования и подготовки кадров. Все большую популярность стали приобретать домашние, альтернативные и гомеопатические средства.

Доверие к системе здравоохранения было разрушено до такой степени, что теперь потребуются многие годы на то, чтобы вернуть ей авторитет и эффективность».

Таким образом, в девяностые годы окончательно закрепилось устойчивое недоверие к государственной системе здравоохранения, которое начало формироваться еще в советскую эпоху. Проблема доверия в отношениях врач—пациент является классической темой медицинской социологии и подробно изучена во многих обществах (Balint 1964; Kleinman 1980). Известно, что чем выше степень взаимного доверия, тем лучше результаты лечения — как по субъективным оценкам пациентов и врачей, так и по объективным клиническим показателям. Однако его формирование затрудняется многими факторами. Западные исследователи в качестве препятствий к выстраиванию доверия часто указывают на элитарность медицинской профессии, заведомо вносящей неравенство в отношения пациента и врача (Freidson 1970; Illich 1977). Кроме того, множественное социальное неравенство — гендерное, расовое, экономическое — часто «инкорпорируется» в медицинскую практику и мешает установлению доверия между врачом и пациентом. Так, например, представители этнических меньшинств часто получают обслуживание худшего качества даже в развитых демократических странах (Nazroo and Williams 2006; Shaw et al. 2006).

Специфика российских реалий состоит в том, что недоверие врачам является не столько результатом оценки их профессиональной деятельности, сколько негативным опытом взаимодействия с институтами здравоохранения. В первую очередь это связано с тем, что в советском обществе врачи не имели сколько-нибудь значимой профессиональной автономии и являлись государственными служащими. Таким образом, обращаясь за медицинской помощью, советский гражданин сталкивался с государственным учреждением, а не частнопрактикующим экспертом, как, например, в США или ряде стран Западной Европы (Field 1957, 1988; Ryan 1978, 1990; Knaus 1981). Опыт взаимодействия с советскими институциональными структурами нередко был травмирующим, а в медицине — сфере, непосредственно вторгающейся в приватное пространство, — в особенности.

Формирование недоверия в институциональной среде здравоохранения связано с важнейшими процедурами во взаимодействии врача и больного: от получения больничного листа до принудительной диспансеризации. Врачи были вынуждены, с одной стороны, разоблачать симулянтов, а с другой — принудительно лечить пациентов. Пациен-

там, в свою очередь, приходилось доказывать «реальность» своей болезни или, наоборот, уклоняться от лечения, зачастую изолировавшего их от общества и стигматизировавшего. Таким образом, решения по поводу лечения изначально находились не в сфере медицинского знания, а в сфере бюрократически оформленных отношений между пациентом и медициной, в институциональных правилах, имеющих карательные последствия как для врача, так и для пациента. Так, врач мог лишиться работы за выдачу больничного листа «симулянту», а больной — за сам диагноз (например, если речь шла о кожно-венерических заболеваниях или туберкулезе). В результате взаимной подозрительности, у врачей изначально формировалась установка на недоверие к пациенту, а у пациентов — на недоверие к врачу. В целом отношения доверия редко выходили за пределы семьи и дружеских связей — т. е. за пределы персональных сетей.

Низкий уровень институционального доверия характерен и для сегодняшней России, медицинская помощь не является здесь исключением. По данным исследования Дж. Браун и Н. Русиновой, проведенного в 1993 г., лучшее состояние здоровья и наибольшая степень удовлетворенности медицинским обслуживанием наблюдались у индивидов, имевших личные неформальные отношения с медицинскими профессионалам (Браун и Русинова 1993). При этом разные группы населения выражают недоверие разным аспектам лечения в государственной системе здравоохранения. Еще раз ссылаясь на исследования Браун и Русиновой, можно привести следующие данные. Если лица с высшим образованием, опрошенные в начале 1990-х гг., выражали беспокойство по поводу квалификации медицинского персонала, в особенности в поликлиниках, то информанты со средним и незаконченным средним образованием были больше недовольны условиями ухода и обстановкой в медицинских учреждениях (Brown and Rusinova 1997). Как справедливо указывают авторы исследования, это связано с тем, что образование создает ресурс для критической оценки экспертного знания. Кроме того, доступные этой группе материальные и социальные ресурсы могли компенсировать неудобства, возникающие при столкновении с государственными учреждениями здравоохранения: пациенты могли «достать» нужные лекарства, заменить больничную пищу на принесенную из дома, заплатить медсестре за внеплановую смену постельного белья или просто «отблагодарить» за дополнительное внимание деньгами или подарками. Люди, не имеющие высшего образования, менее критично относятся к содержанию экспертного зна-

ния, но больше страдают от материальных недостатков в лечении, поскольку не могут их компенсировать собственными силами.

При этом практически все группы населения — за исключением тех, кто мог положиться на свои приватные сети, — выражали общее неудовлетворение результатами и процессом лечения (Браун и Русинава 1993). Так, в исследовании этих же авторов, посвященном отказу от клинической медицины в пользу альтернативных методов, 42 % информантов сообщили, что имели как минимум однократный опыт лечения, негативно сказавшийся на их здоровье (Brown and Rusinova 2002). Вред от экспертного клинического знания в случае его применения кажется многим настолько существенным, что обращение к врачу становится возможным лишь в самых крайних случаях. Исключение делается только для «знакомых» врачей — эту стратегию мы обсудим ниже.

К области клинической медицины относятся и лекарственные препараты, продаваемые в аптеках, поэтому зачастую избегание всякого взаимодействия с «официальной» медициной выражается и в отказе от ряда фармацевтических средств, в первую очередь сильнодействующих и антибиотиков. Лекарства, по мнению информантов, могут навредить телу, нарушить его «естественные процессы», ослабить иммунную систему и вызвать нежелательные побочные эффекты. Домашние средства или альтернативные практики (обращения к знахарям, целителям, экстрасенсам, «бабкам», применение немедикаментозных средств, продаваемых в аптеках) оцениваются информантами как, возможно, менее эффективные, но наверняка и менее опасные. Фармацевтические средства, таким образом, становятся своеобразным симулякротом клинического экспертного знания, опыт взаимодействия с которым зачастую чрезвычайно негативен.

В этом контексте любопытно и то, что сами врачи нередко поддерживают в своих пациентах веру в магические силы человеческого организма и во вред лекарств. Врачи, опрошенные Браун и Русиновой, часто склонялись к тому, что «от народных средств хуже не будет», а фармацевтические препараты «могут и навредить». Тем не менее распространенные в массах представления о вреде медицинского вмешательства могут вызывать самые трагические последствия. Так, в конце 1980-х гг. многие врачи-педиатры разделяли убеждения о вреде иммунизации. «Слабых» детей — т. е. детей, недавно переболевших любым заболеванием или имеющих какой-либо хронический диагноз, — перестали прививать; более того, среди родителей проводилась

агитация против прививок. Уровень иммунизации упал намного ниже рекомендованных ВОЗ 95%. В середине 1990-х гг. эта практика вылилась в беспрецедентные волны эпидемий дифтерита, гепатита, полиомиелита и других инфекционных заболеваний, вызываемых вирусами (Cockerham 1999; Garrett 2001). Неспособность медицинских учреждений справиться с наплывом больных, резистентность многих инфекций к имеющимся средствам лечения, отсутствие вакцин — все это только еще больше усилило недоверие к экспертному знанию медиков в 1990-е гг.

Вероятно, опасения, связанные с последствиями от «официального» лечения, накладываются на непредсказуемость институциональной трансформации медицины 1990-х гг. Предпочтение отдается «домашним» — частным средствам, потому, может быть, что лишь частное и могло дать в середине девяностых иллюзию стабильности и контроля. В этом контексте важное значение приобретает гендерное измерение, поскольку контроль в сфере частного является элементом традиционно понимаемой фемининности, частью женского мира. Именно женщине, потенциальной или состоявшейся роженице, приписывается тесная связь с природой, женщина считается носительницей сакрального знания о естественном мире. Не случайно эксперты традиционной медицины — «бабки». Женщины, по наблюдениям Браун и Русиновой и других исследователей (см., напр.: Lindquist 2002), в особенности склонны отвергать медикаменты и химические лекарственные средства, реконструируя через альтернативные практики свою фемининность как персонифицированные отношения заботы.

Клиническая медицина и ее экспертное знание рассматриваются как деперсонифицирующие, безличные, делающие из больного пустой объект лечения, для которого все средства хороши. Такое лечение не подразумевает заботы, ухода и сочувствия, являющихся важными характеристиками женской роли и идентичности. В связи с этим именно женщина чаще всего оказывается носителем знания о домашних средствах или альтернативной медицине, передавая это знание по цепочке членам своей социальной сети. По той же цепочке передаются и знания о «хороших», кем-то опробованных лекарственных препаратах. Таким образом, ресурсы, доступные женщинам, и их убеждения в отношении здоровья во многом определяют стратегии лечения всей семьи. Представление об опасности экспертного медицинского знания реконструируется одновременно из негативного опыта непосредственного взаимодействия с врачами и из традиционных норм лечения, поддер-

живаемых гендерной структурой общества. Лечение домашними средствами можно рассматривать одновременно как стратегию реконструкции фемининности и как вынужденную меру.

В то же время сейчас наблюдается и другой, на первый взгляд противоположный, процесс: потребление лекарств, в том числе сильнодействующих и антибиотиков, без предписания врача. Подобная ситуация чрезвычайно выгодна для производителей фармацевтических средств и наблюдается во многих развивающихся странах. Например, по данным отчета негосударственной организации «Consumers International», в юго-восточной Азии в результате неспособности государства контролировать рынок лекарств и предоставлять медицинские услуги, фармацевтические компании распространяют свою продукцию практически без ограничений (Consumers International 2007). Реклама лекарственных препаратов также контролируется слабо. «Consumers International» называет употребление лекарств без консультации с экспертом, на основе собственных представлений об их пользе, «нерациональным». Однако необходимо учитывать, что это определение сформулировано с позиции медицины. С точки зрения социологии «рациональностей может быть много». Потребитель, приобретающий лекарства без рецепта, руководствуется собственным представлением о рациональности: он не может тратить время на очереди в поликлиниках, не доверяет врачам в результате негативного опыта лечения и полагается на советы близких, не имеет средств на консультацию с нужным специалистом, и т. д. В результате те, кто продолжают верить в экспертное знание медицины, но не хотят сталкиваться с ее институциональной средой, назначают себе лечение сами. Именно это желание уйти от институтов здравоохранения, воспользовавшись его экспертным знанием, лежит, на наш взгляд, и в стремлении людей к получению помощи через private сети.

Стратегии преодоления недоверия: личные сети

Как бы широко ни были распространены домашние средства и какой бы сильной ни была вера в них, практически у каждого человека однажды наступает момент, когда контакт с системой здравоохранения неизбежен. Можно предположить, что такой вынужденный контакт наиболее вероятен в тех сферах медицины, где пациент считает невозможным контролировать ситуацию самостоятельно: стоматология,

педиатрия, неотложная помощь, роды (о родах см. статью Е. Здравомысловой и А. Тёмкиной в данном сборнике). Такие ситуации, учитывая неблагоприятную институциональную среду, создают противоречивый контекст. С одной стороны, человек вынужденно принимает решение отдать себя во власть экспертного знания. С другой стороны, недоверие институциональной среде этого знания в целом заставляет пациента вырабатывать стратегии снижения рисков. В первую очередь к таким стратегиям следует отнести стремление к формированию личного доверия к врачу.

Непосредственная причастность к медицинской профессии «по умолчанию» наделяет врача характеристиками, вызывающими доверие к его личности: в исследовании 1957 г., проведенном М. Филдом с эмигрантами из СССР в капиталистических странах, информанты демонстрировали идеализированное представление о враче, не в последнюю очередь сформированное представлением о земских докторях, описанных в русской литературе. Врачу приписывается способность к самопожертвованию, сопереживанию, чувствительность к чужой боли — в прямом и переносном смысле (Field 1957: 156). По результатам исследований Браун и Русиновой, проведенных в Петербурге с 1992 по 1999 г., а также Пановой и Русиновой (2005 г.), можно предположить, что и сегодня в формировании образа идеального врача личные качества играют гораздо большую роль, чем профессионализм (Brown and Rusinova 2002; Панова и Русинова 2005). Опрошенные в этих исследованиях петербуржцы считают, что врачи должны обладать особыми личностными характеристиками, отсутствие которых существенно ограничивает их способность лечить. Некоторые информанты даже предполагают, что именно эти «душевные» качества делают лечение возможным: «Если это настоящий врач, то одного его присутствия может быть достаточно для того, чтобы пациент себя почувствовал лучше — без всяких лекарств, уколов и таблеток»; «Достаточно с таким врачом поговорить, чтобы себя лучше почувствовать, и тогда никакие лекарства уже не нужны» (Brown and Rusinova 2002: 166–167). Роль эксперта, таким образом, подразумевает гораздо большее, чем владение техникой лечения, и выходит за рамки институциональной роли. Персонализация института медицины, выстраивание отношений не с формальной организацией, а с ее конкретным сотрудником являются логичной стратегией в ситуации, где «хороший» человек — врач — ограничен рамками «плохой» системы. А. Леденева (Ledeneva 1998: 83), ссылаясь на работу К. Касьяновой (1994), полагает, что такая рацио-

нализация характерна для российского понимания роли государственных институтов в целом: «Мы не только слабо представляем себе распределение функций между различными учреждениями, способы их взаимодействия и соподчиненности, мы часто отказываемся признавать даже сам принцип их деятельности: мы очень долго стараемся “обходиться” без них, решая проблему собственными “средствами”. Когда же это нам явно не удастся, мы вламываемся в первое попавшееся, более или менее подходящее по смыслу учреждение и начинаем немедленно требовать решения своего дела по возможности без всяких бумаг, без обращения в другие инстанции, без предварительных процедур. Если же это не удастся, то возмущаемся, ругаем учреждение за бюрократизм, волокиту и требуем, чтобы с нами обращались “по-человечески”. Чем и доказываем, что формальные отношения мы вообще исключаем в своем сознании из сферы “человеческого”».

Это отношение к государственным институтам в целом распространяется и на здравоохранение. Г. Линдквист отмечает, как в подобном контексте строятся отношения врача и пациента (Lindquist 2002: 338): «На Западе, в эпоху позднего модерна (late modernity), мы привыкли к тому, что по любому вопросу существуют особые эксперты и гаранты: мы верим тому, что они говорят. В других культурах эта вера в экспертное мнение не настолько распространена. Это может произойти потому, что эпоха двойных стандартов разрушает авторитетные мнения, как это случилось в России после 70 лет советского режима. <...> В связи с этим можно предположить, что терапевтический эффект, успех лечения (в особенности вне сферы клинической медицины) связываются с восприятием врача как носителя “власти” и “харизмы” и с представлением о легитимности этой власти».

Стратегии формирования личного доверия, как и его контекст, сложились еще в советскую эпоху. Филд отмечает в своих работах, что в советские времена наиболее доверительные отношения у врачей складывались с представителями интеллигенции, т. е. одной с ними «прослойки». Гораздо меньше доверия было в отношениях врачей с колхозниками или неквалифицированными рабочими (Field 1957). Данным Филда соответствуют и результаты исследования Браун и Русиновой о неравенстве в доступе к системе здравоохранения в постсоветской России (Rusinova and Brown 2003).

Необходимо подчеркнуть взаимосвязь уровня образования и социального статуса, особенно учитывая специфику советского общества, где различия в уровнях дохода искусственно нивелировались посред-

ством вмешательства государства в экономику. Более того, в условиях тотального дефицита товаров и услуг (в том числе, медицинского обслуживания) доход сам по себе не мог определять уровень жизни и его место заняли социальные сети: важным было не то, *что ты можешь купить*, а *как ты это можешь достать*. Образование, которое во всех обществах определяет характер «горизонтальных» социальных сетей, в советском обществе стало, таким образом, и принципом «вертикальной» социальной стратификации.

В связи с этим социальный класс, имеющий доступ к медицинской помощи, Браун и Русинава определяют в своих работах через образование, а не через доход (более подробное объяснение см.: Rusinova and Brown 2003). На вершине этой классовой пирамиды находится интеллигенция — т. е. люди с высшим образованием, занятые в сфере умственного труда. При этом авторы различают интеллигенцию в первом и во втором поколении, полагая, что опыт первичной социализации в семье и социальный капитал родителей могут определять стратегии обращения за медицинской помощью у их детей. В наименее выгодном положении, как и в других странах, оказываются неквалифицированные рабочие — однако не в результате низких доходов, а, как мы увидим далее, по причине социальной депривации (отсутствия социальных сетей, позволяющих получить доступ к дефицитным ресурсам). Переход к рыночной экономике, казалось бы, мог существенно изменить эту схему или, по крайней мере, добавить в нее новые значения. Однако этого не произошло: в условиях тотальной постсоветской непредсказуемости большинство людей были вынуждены во всем полагаться на свои социальные сети и абсолютная величина их доходов вновь стала менее важна, чем наличие личных связей, даже в коммерческом секторе. Эта гипотеза подтвердилась и в более поздних исследованиях (см.: Панова и Русинава 2005).

Итак, социальное неравенство в доступе к системе здравоохранения имеет непосредственное отношение к уровню образования. При этом образование формирует стратификацию не опосредованно, через доход, а через категории идентичности — и именно здесь возникает проблема доверия. Так, М. Ривкин-Фиш (Rivkin-Fish 2005) объясняет классовый характер доверия в отношениях врача и пациента нормами «культурности». «Культурность» подразумевает готовность и стремление воспринимать экспертное знание как единственно верное, в то время как все остальные способы «заботы о себе» считаются «некультурными» и подлежат моральному осуждению. При этом «культурность»,

с точки зрения Линдквист, подразумевает образ жизни, рациональность и моральные качества, свойственные определенной социальной группе, к которой можно отнести медиков, — «технической интеллигенции» (Lindquist 2002; см. также статью Д. Одинцовой в данном сборнике). Тем не менее именно интеллигенция, как уже было отмечено выше, склонна выражать наибольшее неудовлетворение квалификацией работников поликлиник.

Исследователи обращают внимание на статусно низкие позиции врачей первичного звена (поликлиник), следствием которого может быть отказ части интеллигенции считать их компетентными профессионалами. Во многом это связано с системой медицинского образования и профессиональным статусом врачей, которые, лишённые профессиональной автономии, выполняли функцию государственных служащих. В соответствии с советской политикой предоставления медицинской помощи, акцент делался не на образовании узких специалистов, а на массовом производстве кадров, в особенности в поликлиническом секторе. Низкая заработная плата в поликлиниках, установленная «сверху», во-первых, не стимулировала врачей к повышению квалификации, а во-вторых, не была привлекательной для мужчин. Кроме того, длительный профессиональный рост от студента до специалиста в определенной области (в больнице, в специализированных центрах) могли себе позволить лишь те, кто имели дополнительные ресурсы материальной и социальной поддержки, — чаще всего, люди с высшим образованием во втором поколении. В результате большинство поликлинических врачей составляли женщины, не обладающие специальными медицинскими знаниями в узкой области; часто они являлись представительницами интеллигенции в первом поколении. Их статус, таким образом, был достаточно противоречив в глазах академической и творческой интеллигенции, особенно интеллигенции во втором поколении (Brown and Rusinova 1997; Lindquist 2002).

В целом в результате недоверия к институциональной среде отношения врача и больного начинались с установления границ «свой—чужой». Здесь следует отметить, что обыденное знание друг о друге в отношениях врача и больного играет огромную роль и в западных системах, где соблюдается автономия медицинской профессии и наблюдается высокая специализация кадров (Cornwell 1984; Blair 1993). Асимметрия власти в отношениях врач—больной широко исследовалась многими западными социологами, которые отмечают: чем ниже уровень образования пациента, тем больше усиливается асимметрия

(Blair 1993; Blaxter 1997). Россия в этом смысле не является исключением: наиболее негативный опыт взаимодействия с медицинскими профессионалами Браун и Русинова отмечают среди низкодоходных и наименее образованных групп населения. При этом, как обсуждалось выше, в отличие от интеллигенции, эти группы выражают неудовлетворенность низкой эффективностью институциональной среды здравоохранения, а не качеством знаний медиков.

Компенсировать недостатки институциональной среды во многих случаях возможно только за счет формирования личных сетей, через проникновение в здравоохранение «со служебного входа». Очевидно, что этот ресурс доступен не всем: характер услуг, доступных через частные сети, чрезвычайно сильно варьируется в зависимости от статуса конкретного индивида. Подробные исследования на эту тему проводились сотрудниками Института социологии РАН в Санкт-Петербурге в течение нескольких лет (Brown and Rusinova 1997; Rusinova and Brown 2003; Панова и Русинова 2005). По их результатам, в наиболее «привилегированном» положении находится интеллигенция во втором поколении: у лиц, относящихся к этой группе, нередко есть доступ к сетям, установленным еще их родителями. В середине 1990-х гг. 27% респондентов в этой группе указали, что обращаются за помощью только к «знакомым» врачам (Brown and Rusinova 1997). При этом характер таких сетей позволяет получать доступ к высококвалифицированным специалистам, работающим не в поликлиниках, а в больницах и исследовательских центрах. Чем ниже уровень образования и дохода информантов, тем меньше и объем ресурсов, на которые они могут рассчитывать через свои сети. Среди квалифицированных рабочих и лиц со средним образованием лишь 8–18% обращаются к знакомым медикам, а среди неквалифицированных рабочих с незаконченным средним образованием таких еще меньше — всего 1%. Соответственно меняется и уровень помощи, доступной через сети: если интеллигенция обращается к специалистам высшей категории, то группы с более низким статусом строят сети среди менее квалифицированного персонала (врачи в поликлиниках, медсестры, фармацевты). Устойчивость традиций и структуры «блата» (Ledeneva 1998, 2006), совмещенная с плачевным состоянием многих медицинских учреждений, позволяет предположить, что результаты таких исследований актуальны и сегодня.

Особую роль в этом контексте занимает коммерческий сектор здравоохранения. По данным Браун и Русиновой (Браун и Русинова 1996),

его услугами в основном пользуется интеллигенция в первом поколении и так называемая техническая интеллигенция. По их мнению, это связано с тем, что многие коммерческие поликлиники образовались из профсоюзных или отраслевых медицинских учреждений, где уровень обслуживания был выше, чем в территориальных (например, поликлиника Союза творческих работников). Те, кто и прежде лечились в этих поликлиниках, предпочитают и сегодня оставаться их пациентами. При этом доходы в тех секторах экономики, где сохранились собственные отраслевые медицинские учреждения, позволяют пациентам платить «из кармана» за свое лечение. Интеллигенция во втором поколении, напротив, чаще обращается «к знакомым». Интересно и то, что группы с более низкими доходами склонны преувеличивать стоимость лечения в коммерческих учреждениях и заведомо стремятся избежать лечения в них. Кроме того, негативный опыт обращения за помощью в государственные поликлиники удерживает их от взаимодействия с коммерческим сектором: зачем получать сервис, организованный по тому же принципу (а значит — плохой), за свои же деньги? При этом общая неразделенность платных и бесплатных услуг в секторе здравоохранения ведет к тому, что даже в коммерческом секторе пациенты продолжают участвовать в неформальных платежах (см. статью О. Бредниковой в данном сборнике). В целом роль коммерческого сектора в современной российской системе здравоохранения, включая добровольное страхование, столь противоречива, что отдать ей должное внимание в рамках этой статьи не представляется возможным. Отдельную тему для исследования представляет стоматология, где доля коммерческих услуг традиционно очень велика и суть оказываемой помощи принципиально иная, чем во всех остальных отраслях медицины.

В эпоху СССР не менее важными факторами, чем принадлежность к «своим», являлись обмен услугами и неформальные платежи, которые отчасти могли восполнить классовый разрыв между врачом и пациентом, но не могли компенсировать его полностью. Неформальные платежи и услуги интерпретировались врачами как «благодарность» лишь в том случае, если они поступали от «равных», в противном случае они могли вызывать раздражение и нередко интерпретировались как подкуп (Rivkin-Fish 2005). Однако с распадом СССР дефицит средств в здравоохранении резко возрос и неформальные платежи стали фактически универсальной практикой, не ограниченной личными связями. Более того, неразделенность платных и бесплатных услуг, заложенная в нечетком законодательстве ОМС, стала питательной

средой для неформальных тарифов на лечение. По мнению С. Шишкина (2004: 33), такие платежи выполняют функцию ренты: профессионалы используют возможности распоряжаться ограниченными институциональными благами и предоставлять их за оплату конкретным потребителям. И. Клямкин и Л. Тимофеев (2000), однако, настаивают на том, что такие платежи неправильно считать формой незаконных поборов или коррупцией, поскольку они являются формой кооперации между нищей медициной и нищим населением в попытках сохранить хоть какие-то возможности лечиться и лечить больных. Эти авторы привлекают внимание к тому обстоятельству, что в России в 1990-е гг. неформальные платежи следовало прежде всего рассматривать как необходимую форму возмещения пациентами, вместо государства, затрат труда медицинских работников. На наш взгляд, неформальные платежи следует рассматривать как составляющую определенного типа рациональности, основанной на представлении о неэффективности любых формальных структур.

Таким образом, формирование личных сетей доверия в системе здравоохранения, а также участие в рынке неформальных платежей доступны не всем группам населения. С одной стороны, возможность обратиться к знакомому врачу является привилегией наиболее образованных слоев, с другой стороны, оплата услуг — в кассу или лично — может быть невозможной для низкодоходных групп населения.

Заключение

Проведенное исследование демонстрирует устойчивое стремление российских граждан избегать контакта с институциональной средой, в которой осуществляется медицинская помощь. Это не означает, что люди не хотят лечиться и не доверяют медицине в целом, но свидетельствует о плохой организации услуг здравоохранения, которая способна оттолкнуть пациента. Те, у кого есть материальные и социальные ресурсы, могут получить доступ к экспертному знанию, не сталкиваясь с недостатками институциональной среды. Те, у кого таких ресурсов нет, зачастую просто отказываются от лечения в системе здравоохранения.

В результате воспроизводится социальное неравенство в доступе к медицинскому обслуживанию. От такого положения дел в первую очередь страдают те, кому гарантированная государством медицинская

помощь нужна больше всех: неимущие, зачастую неработающие люди, проживающие в наиболее бедных регионах. При этом зависимость от системы здравоохранения как в России, так и в других странах возрастает именно с понижением доходов (Blaxter 1983). Эта взаимосвязь определяется ограниченностью дополнительных ресурсов, в том числе неформальных сетей, доступных людям с низким социально-экономическим статусом. Их социальные сети не могут дать им доступа к специалистам высокого уровня. Не имея средств для оплаты (как формальной, так и неформальной) лечения, а также социальных ресурсов для обмена услугами, лица с наиболее низким социальным статусом оказались чрезвычайно ограничены в выборе доступных им способов лечения. По сути дела, этот выбор начинается и заканчивается районной поликлиникой и больницей. При этом удовлетворенность первичной медицинской помощью среди этой категории пациентов очень низкая (Панова и Русинова 2005), и даже там они нередко вынуждены оплачивать самые простые процедуры.

Социальные сети, таким образом, не могут возместить малоимущему населению неравенство в доступе к медицинской помощи, заложенное в системе здравоохранения. В результате дефицита материальных и социальных ресурсов самолечение нередко становится для низших социальных слоев вынужденной мерой.

Решению проблемы неравенства в доступе к медицинскому обслуживанию должно способствовать установление четких условий финансирования системы ОМС, разграничение сфер ответственности регионов и государственного бюджета. Кроме того, пациенты должны быть ясно информированы об условиях страхования и возможностях контроля качества медицинских услуг.

В отсутствие неоднозначных институциональных правил и адекватного финансирования лечение «по благу», неформальные платежи или полный отказ от помощи в государственной системе здравоохранения будут оставаться устойчивыми практиками, создающими наибольшие риски для малоимущего населения.

Литература

- Бойков В. и Фили Ф. (1998). Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства, *Вопросы экономики*, № 10, с. 42–54.
- Браун Д. и Русинова Н. (1993). Личные связи в системе здравоохранения и «карьера болезни», *Социологические исследования*, № 3, с. 30–36.

- Браун Д. и Русинова Н. (1996). Социальные неравенства и здоровье, *Журнал социологии и социальной антропологии*, № 2 (1).
- Горюнов А. и Хлопушин Р. (2005). Рынок нетрадиционной медицины Санкт-Петербурга, *Журнал социологии и социальной антропологии*, т. 3(1), с. 179–185.
- Заруцкая Е. (2003). *Неравенство в доступе к услугам здравоохранения. Справедливые и несправедливые социальные неравенства в современной России*. М.: Референдум.
- Иванова Л. (2007). *Причины неудовлетворенности населения возможностями получения медицинской помощи (на материалах опроса в Липецкой области). Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности*. Федеральный Образовательный Портал: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/307662/print.html>
- Касьянова К. (1994). *О русском национальном характере*. М.: Институт национальной модели экономики.
- Клямкин И. и Тимофеев Л. (2000). *Теневая Россия: Экономико-социологическое исследование*. М.: РГГУ.
- Максимова Т.М. (2002). *Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения*. М.: PerSe.
- Панова Л. и Русинова Н. (2005). Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи, *Социологические исследования*, № 6, с. 127–136.
- Сидорина Т. и Сергеев Н. (2001). Государственная политика и здоровье россиян. К анализу затрат домохозяйств на здравоохранение, *Мир России*, № 2, с. 67–92.
- Шишкин С., ред. (2004). *Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет*. М.: ГУ-ВШЭ.
- Augé M. and Herzlich C. (1995). *The Meaning of Illness: Anthropology, History, and Sociology*. Luxembourg; Philadelphia: Harwood Academic Publishers.
- Balabanova D., Falkingham J., et al. (2003). Winners and Losers: Expansion of Insurance Coverage in Russia in 1990s, *Amer. J. Public Health*, vol. 93, p. 2124–2130.
- Blair A. (1993). *Social Class and Contextualization of Illness Experience. Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease*. A. Radley, ed. Routledge, p. 27–48.
- Blaxter M. (1983). Health Services as a Defence Against the Consequences of Poverty in Industrialised Societies, *Social Science and Medicine*, vol. 17(15), p. 1139–1148.
- Blaxter M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Routledge.
- Blaxter M. (1997). Whose Fault is it? People's own Conceptions of the Reasons for Health Inequalities, *Soc. Sci. Med.*, vol. 44(6), p. 747–756.

- Brown J. and Rusinova N. (1997). Russian Medical Care in the 1990s: A User's Perspective, *Soc. Sci. Med.*, vol. 45(8), p. 1265–1276.
- Brown J. and Rusinova N. (2002). «Curing and Crippling»: Biomedical and Alternative Healing in Post-Soviet Russia, *ANNALS, AAPSS*, N 583, p. 161–170.
- Burger E., Field M., et al. (1998). From Assurance to Insurance in Russian Healthcare: The Problematic Transition, *Amer.J. Public Health*, vol. 88(5), p. 755.
- Cockerham W. (1999). *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*. New York, Routledge.
- Consumers International (2007). *Drugs, Doctors, and Dinners. How Drug Companies Influence Health in the Developing World*. London.
- Cornwell J. (1984). *Hard Earned Lives*. Tavistock.
- Field M.G. (1957). *Doctor and Patient in Soviet Russia*. Cambridge: Harvard University Press.
- Field M. (1988). The Position of the Soviet Physician: The Bureaucratic Professional, *The Milbank Quarterly*, vol. 66, Supplement 2: *The Changing Character of the Medical Profession*, p. 182–201.
- Field M.G. (1995). The Health Crisis in the Former Soviet Union: A Report from the «Post-War» Zone, *Soc. Sci. Med.*, vol. 41(11), p. 1469–1478.
- Field M.G. and Twigg J.L. (2000). *Russia's Torn Safety Nets : Health and Social Welfare During the Transition*. Basingstoke: MacMillan.
- Freidson E. (1970). *Profession of Medicine: a Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York ; London: Harper & Row.
- Garrett L. (2001). *Betrayal of Trust. The Collapse of Global Public Health*. New York: Oxford University Press.
- Hannay D.R. (1979). *The Symptom Iceberg: a Study of Community Health*. London: Routledge&Keagan Paul.
- Herzlich C. and Pierret J. (1987). *Illness and Self in Society*. Baltimore, Md.; London: Johns Hopkins University Press.
- Illich I. (1977). *Limits to Medicine: Medical Nemesis: the Expropriation of Health*. Harmondsworth: Penguin.
- Kleinman A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley; Los Angeles: University of California Press.
- Knaus W.A. (1981). *Inside Russian Medicine*. New York: Everest House.
- Ledeneva A. (1998). *Russia's Economy of Favours: Blat, Networking, and Informal Exchanges*. New York: Cambridge University Press.
- Ledeneva A.V. (2006). *How Russia Really Works: the Informal Practices that Shaped Post-Soviet Politics and Business*. Ithaca: Cornell University Press.
- Lindquist G. (2002). Healing Efficacy and the Construction of Charisma: a Family's Journey Through the Multiple Medical Field in Russia, *Anthropology & Medicine*, vol. 9(3), p. 337–358.

- Nazroo J. and Williams D. (2006). *The Social Determinants of Ethnic/Racial Inequalities in Health. Social Determinants of Health*. Marmot M., Wilkinson R., eds. Oxford University Press: p. 238–266.
- Parsons T. (1951). *The Social System London*. London: Routledge & P. Kegan.
- Pill R. (1982). Concepts of Illness Causation and Responsibility: Some Preliminary Data from a Sample of Working Class Mothers, *Soc. Sci. Med.*, vol. 16(1), p. 43–52.
- Pill R. (1985a). Choice or Change: Further Evidence on Ideas of Illness and Responsibility for Health, *Soc. Sci. Med.*, vol. 20(10), p. 981–991.
- Pill R. (1985b). Preventive Procedures and Practices among Working Class Women: New Data and Fresh Insights, *Soc. Sci. Med.*, vol. 21(9), p. 975–983.
- Rivkin-Fish M.R. (2005). *Women's Health in Post-Soviet Russia: the Politics of Intervention*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Rose R. (2000). How much does Social Capital add to Individual Health? A Survey Study of Russians, *Soc. Sci. Med.*, vol. 51, p. 1421–1435.
- Rusinova N. and Brown J. (2003). Social Inequality and Strategies for Getting Medical Care in Post-Soviet Russia, *Health*, vol. 7(1), p. 51–71.
- Ryan M. (1978). *The Organization of Soviet Medical Care*. Oxford; London: Blackwell: Martin Robertson.
- Ryan M. (1990). *Doctors and the state in the Soviet Union*. New York: St. Martin's Press.
- Schecter K. (1997). *Physicians and Healthcare in the Former Soviet Union. Former Soviet Doctors in Israel, Canada, and the United States*, J. Bernstein, J. Shuval, eds. Praeger: Westport, p. 29–40.
- Shaw M., et al. (2006). *Poverty, Social Exclusion and Minorities. Social Determinants of Health*. Marmot M., Wilkinson R., eds. Oxford University Press, p. 196–223.
- Tragakes E. and Lessof S. (2003). *Health Care Systems in Transition*. Russian Federation, World Health Organization.
- Twigg J. (1998). Balancing the State and the Market: Russia's Adoption of Obligatory Medical Insurance, *Europe-Asia Studies*, vol. 50(4), p. 583–602.
- Twigg J. (1999a). Obligatory medical insurance in Russia: the participants' perspective, *Soc. Sci. Med.*, vol. 49, p. 371–382.
- Twigg J. (1999b). Regional Variation in Russian Medical Insurance: Lessons from Moscow and Nizhny Novgorod, *Health and Place*, vol. 5, p. 235–245.
- Wilkinson R. (1996). *Unhealthy Societies: the Afflictions of Inequality*. London: Routledge.

Елена Здравомыслова, Анна Тёмкина
**«ВРАЧАМ Я НЕ ДОВЕРЯЮ», НО...
ПРЕОДОЛЕНИЕ НЕДОВЕРИЯ
К РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ¹**

Введение

С 1990-х годов в России произошли существенные реформы в здравоохранении, связанные с экономическими трансформациями и попытками выхода из демографического кризиса. Для пациентов это означало формирование новых возможностей и выбора, но одновременно и растущее неравенство в доступе к квалифицированной медицинской помощи. В 2000-е годы изменяются оценки и практики в отношении обеспечения репродуктивного здоровья. Женщины становятся более требовательными, более информированными, они ориентируются на планирование семьи, в том числе на использование эффективной контрацепции, и на качественное медицинское обслуживание. Для этого они осуществляют различные стратегии и используют разнообразные ресурсы, включающие экспертное знание.

Обеспечение репродуктивного здоровья сталкивается с проблемой недоверия к врачам и к медицинским институтам. Этот вопрос широко исследуется в социологии, начиная с классических работ Т. Парсонса

¹ Авторы благодарят Х. Балцера, М. Ривкин-Фиш, А. Вакру, а также анонимных рецензентов за полезные комментарии. Мы признательны всем нашим коллегам, которые принимали участие в данном проекте, — Д. Александрову, Е. Ангеловой, П. Аронсон, О. Бредниковой, А. Величко, Н. Нартовой, Д. Одинцовой, О. Снарской, Ж. Черновой, Ж. Цинман, О. Шек, Н. Яргомской. Первую версию этой статьи см.: Temkina A. and Zdravomyslova E. (2008). Patients in Contemporary Russian Reproductive Health Care Institutions. Strategies of Establishing Trust, *Demokratizatsiya*, vol. 3, N 3, p. 277–293. Данная версия готовилась в рамках Special & Extension Program (CEU).

(см.: Freidson 1970; Lupton 1995, 2004; Scambler and Britten 1995; Turner 1995; Annandale 1998; Rivkin-Fish 2005; Вишневский и др. 2006). В данной статье мы рассматриваем взаимодействия в государственных и частных клиниках, исходя из перспективы пациенток и обращая особое внимание на их опыт во время беременности и родов.

Используя тематические глубинные интервью и следуя стратегии обоснованной теории (Glaser and Strauss 1967), мы реконструируем центральный лейтмотив (катеорию) рассказов пациенток. Этот лейтмотив звучит следующим образом: «врачам/медицине я не доверяю» и сопровождается многочисленными жалобами, связанными с опытом взаимодействия с медицинскими учреждениями. Мы анализируем причины недовольства, выражаемого в жалобах, потребности и ожидания женщины, которые остаются неудовлетворенными, порождая систематическое недоверие к врачам и медицинским институтам. Мы реконструируем стратегии женщин, направленные на получение необходимой медицинской помощи в ситуации институционального недоверия к учреждениям, где оказываются услуги по охране репродуктивного здоровья населения. Эти проблемы систематически возникают как в государственных (при бесплатном и при платном обслуживании), так и в частных учреждениях, обслуживающих репродуктивное здоровье.

Эмпирические данные, собранные в 2005–2006 гг., включают пять дневников включенного наблюдения и 22 глубинных интервью с женщинами-клиентками (пациентками) медицинских учреждений (список см. в *Приложении*). Информантки — это городские жительницы репродуктивного возраста (от 19 до 45 лет), в основном принадлежащие к среднему классу. Статья начинается с краткого обзора институционального контекста взаимодействий в репродуктивном секторе медицины. Мы относим к данному сектору те звенья медицины, в которых осуществляется консультирование по поводу сексуального/репродуктивного здоровья, профилактика, диагностика и лечение осложнений беременности, родов и послеродового периода. Затем мы операционализируем понятие «доверия» для наших исследовательских задач. Мы рассматриваем ситуации и взаимодействия в различных медицинских учреждениях, которые порождают жалобы и недоверие и в конечном счете неудовлетворенность и низкую эффективность медицинского обслуживания. Нас интересует, какие стратегии и для чего выстраивают пациентки во взаимодействии с врачами, а также их идентичность, поскольку феномен контроля над ситуацией и планирования собственной жизни обретает в современной России новые черты. Мы рассмат-

риваем стратегии, которые вырабатывают женщины для того, чтобы осуществлять контроль над своим здоровьем и над ситуацией. Женщины пытаются обеспечить себе надежность, подотчетность и более удовлетворительные условия. Эти стратегии позволяют пациенткам в некоторой степени противостоять дисбалансу власти в отношениях врач—пациент. Эффективность таких стратегий существенно зависит от социальной позиции и объема ресурсов, связанных, в свою очередь, с контекстом городских условий. Здесь мы рассматриваем позиции и стратегии женщин — жительниц крупных городов (Санкт-Петербург, Самара, Челябинск)².

Институциональный ландшафт

В 2006 году преодоление демографического кризиса в России, в том числе повышение рождаемости, заявлено в числе приоритетных задач государства. В. Путин (2006) объявил об этом в своем ежегодном Послании Федеральному Собранию РФ. Одна из основных предлагаемых государством мер повышения рождаемости — государственная поддержка рождения второго ребенка, так называемый материнский, или родительский, капитал. Введенные в 2006 г. «родовые сертификаты» рассматриваются как стимулы повышения экономической заинтересованности врачей и медицинских учреждений в улучшении качества обслуживания беременных. Однако мы утверждаем, что усилия по решению демографических проблем не будут эффективными, если российские женщины сохранят свое негативное отношение к медицинским институтам. Наше исследование направлено на то, чтобы проанализировать барьеры на пути создания климата доверия в медицине, а также на способы, которые используют женщины для преодоления этих барьеров. Мы рассматриваем конструирование доверия в разных институтах репродуктивного здоровья (первичной и вторичной медицинской помощи), в системе платного и бесплатного медицинского обслуживания.

² В данном случае для нас не существенны особенности городской инфраструктуры, а важно то, что все эти города — с населением более миллиона человек и в них существует разветвленная сеть учреждений, связанных с репродуктивным здоровьем. При этом большинство наших данных касаются Санкт-Петербурга.

Опишем кратко двухуровневое институциональное устройство системы репродуктивного здравоохранения. Первичное амбулаторное звено включает женские консультации³, гинекологические отделения в медицинских центрах и центры планирования семьи. На этом уровне пациентам оказывается первичная помощь. Медицинские учреждения вторичной стационарной помощи⁴ включают родильные дома, гинекологические отделения в больницах и специализированные гинекологические клиники. Медицинское обслуживание в системе государственного здравоохранения организовано по территориально-ведомственному принципу, т. е. граждане обслуживаются либо по месту проживания, либо в ведомственных поликлиниках. В соответствии с пунктом 2 статьи 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (от 22 июля 1993 г. N 5487-1), граждане имеют право выбирать место обслуживания: например, беременная женщина может обслуживаться в консультации в районе реального проживания, а не по месту регистрации.

С 1990-х годов начались существенные изменения в системе оплаты медицинских услуг, с этого времени бурно развивается коммерческий сектор. Платные услуги предоставляются не только в частных медицинских учреждениях, но и в государственных. Цены на услуги определяются администрацией и отличаются в различных медицинских организациях в зависимости от спроса, репутации учреждения, статуса врача. Список платных услуг и цены постоянно пересматриваются. Начиная с 1994 г. важную роль в организации медицинского обслуживания играют страховые компании, которые оплачивают определенный набор медицинских услуг (в повседневности они называются,

³ Женская консультация (ЖК) является государственным (муниципальным) лечебно-профилактическим учреждением, предоставляющим амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь, а также услуги по планированию и охране репродуктивного здоровья населения. Их цель — охрана здоровья матери и ребенка. В числе задач ЖК — оказание акушерской помощи женщинам во время беременности, оказание амбулаторной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями, обеспечение консультирования и услуг по планированию семьи (Юрьев и Куценко 2000: 309).

⁴ Перед сетью учреждений, осуществляющих больничную помощь, стоят задачи оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях. Основным учреждением, предоставляющим акушерско-гинекологическую помощь, является объединенный роддом.

как и в советское время, «бесплатными», а учреждения, где их оказывают, — государственными). При этом постоянно изменяется набор услуг, которые граждане должны оплачивать сами в государственных медицинских учреждениях. Правила не являются стабильными и постоянно пересматриваются. Обязательное медицинское страхование (ОМС), обеспечиваемое за счет государственного бюджета, покрывает лишь часть необходимых услуг. Альтернативой ему является добровольное медицинское страхование (ДМС) — к нему граждане прибегают по мере роста благосостояния и усугубления проблем со здоровьем; частные предприятия все чаще включают ДМС в социальный пакет работника. В современных медицинских учреждениях, включая репродуктивный сектор, сочетаются различные виды оплаты услуг, которые вслед за О. Бредниковой (см. ее статью в данном сборнике) мы называем формализованными (официальные платы по прейскуранту через кассу), скрытыми (платы-благодарности, осуществляемые пациентами без обсуждения с врачом) и прямыми (неофициальные платы по взаимному соглашению, по сумме близкие к установленным по прейскуранту, но выплачиваемые непосредственно врачу).

«Доверие» как теоретический инструмент исследования медицинских взаимодействий в репродуктивной сфере

В данной статье мы определяем доверие в духе неофункционализма как культурный ресурс, обеспечивающий стабильность и предсказуемость социальных институтов (Sztompka 1999). Доверие составляет «рутинное основание повседневных взаимодействий, поддерживающее предсказуемость, адекватность и надежность коллективного порядка и одновременно снижающее уровень его сложности и неопределенности» (Misztal 1996: 97).

Объектами доверия являются институты и профессиональные роли, а также индивиды. Климат доверия в обществе определяется структурными факторами. Социальное напряжение и структурная неопределенность предрасполагают к кризису доверия. Последствия дефицита доверия не обязательно ведут к тотальной дезорганизации жизни, он может способствовать социальным изменениям и формированию новых солидарностей. В условиях дефицита доверия индивиды вырабатывают стратегии достижения предсказуемости, снижения рисков, обеспечивающие доступ к ресурсам и услугам, в которых они нуждаются.

Медицинские взаимодействия и медицинская сфера в целом представляют сферу риска, неопределенности и дисбаланса власти между медицинскими экспертами и зависимыми от них пациентами (о различных формах власти см. статью М. Ривкин-Фиш и В. Самохвалова в данном сборнике). В то же время эффективное лечение возможно лишь в условиях доверия, когда врач и пациент полагаются на то, что каждый из них будет исправно выполнять некоторый набор действий. Медицина предоставляет так называемые доверительные услуги (*credible goods*), полезность которых не является самоочевидной, а оплата происходит раньше, чем получены результаты. Поэтому доверие к профессиональной компетенции медиков и к тому, что будет достигнут желаемый результат, является важнейшим условием взаимодействия. Как указывает Б. Тернер (Turner 1995: 194), «пациенты осознанно отдают себя в руки врача и следуют его/ее указаниям, которые, в свою очередь, предположительно приведут к улучшению здоровья».

Особая символическая ценность репродуктивного здоровья для гендерной идентичности обостряет проблему доверия во взаимодействиях врач—пациентка. Существует различие в символической нагрузке посещения гинеколога и, например, стоматолога. Женщины являются чрезвычайно чувствительными к вопросам сексуальности и репродукции, которые в культурном смысле связаны с выстраиванием и поддержанием гендерной идентичности. Женщины ожидают от гинекологов и акушеров не только профессиональной помощи, но и эмпатии и поддержки их гендерной роли (см. статью П. Аронсон в данном сборнике). В российской культуре традиционное понимание женственности связано с материнством, и потому женщины особо требовательны и чувствительны к взаимодействиям с гинекологами по сравнению с другими специалистами.

Доверие во взаимодействии проявляется при контактах лицом к лицу между врачом и пациентом. Эти взаимодействия пронизаны отношениями неравенства, связанного прежде всего с дисбалансом профессиональной экспертизы. Ситуации взаимодействия являются контекстуально обусловленными. Хотя врач обслуживает пациента индивидуально, однако их взаимодействие опосредуется и управляется организационным, экономическим и культурным контекстами. Новые технологии в диагностике и лечении, коммерциализация, фрагментация и бюрократизация медицинских услуг, изменения правил организации медицинских учреждений и оплаты услуг — все это влияет на взаимодействие между врачом и пациентом (Carl 2007).

Институциональное обеспечение репродуктивного здоровья в России предполагает, что каждая женщина может обратиться к врачу ЖК по месту жительства, постоянно наблюдаться у него и при необходимости получать лечение. В соответствии с Основами Законодательства об охране здоровья граждан, женщина может выбрать учреждение и врача, хотя такое решение вызывает множество бюрократических проблем. Выбор государственного или частного, платного или бесплатно-го обслуживания, выбор врача-гинеколога, который приходится делать женщине, повышает ее чувствительность и требовательность к качеству обслуживания.

Институциональная траектория беременной женщины — цепочка взаимодействий с институтами репродуктивной медицины

Каждая беременная российская женщина взаимодействует с институтами репродуктивной медицины. Эти взаимодействия начинаются с того момента, когда женщина приняла решение по поводу рождения ребенка или столкнулась с незапланированной беременностью. Часто именно этот период является временем сомнений и эмоционально окрашенных решений. Предполагается, что при первых признаках беременности женщина должна обратиться в районную ЖК, к которой она приписана по месту жительства. В консультации женщину регистрируют, и она становится учетной единицей учреждения. Специалисты проводят обследование и наблюдение на протяжении всей беременности. Женщина получает предписания и лечение, ей выдают официальные документы, подтверждающие статус беременной и необходимые для получения выплат в декретном отпуске и отпуске по уходу за ребенком, а также другие медицинские сертификаты. Если женщина в период беременности не обращается в ЖК, она сталкивается с проблемами оформления соответствующих документов сертификата и обслуживания в родильном доме. Беременная женщина должна, выполняя предписания врачей, регулярно посещать ЖК. Она постоянно встречается с одним и тем же врачом и медсестрой, что позволяет установить отношения на долгосрочной основе. Если возникают риски прерывания беременности или осложнения, беременную направляют в специализированный стационар. Участковый гинеколог направляет ее в роддом, который часто бывает объединен с ЖК

в один комплекс. По приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (МЗСР РФ) от 28 ноября 2005 г. № 701 г. Москва «О родовом сертификате», каждая женщина может выбирать родильный дом. ЖК и роддом получают фиксированные начисления из государственного бюджета при предъявлении родовых сертификатов⁵. Если женщина поменяет учреждение из-за плохого обслуживания, администрация не получит выплат по сертификату. Роды обычно проходят в роддомах, женщины (или супружеские пары) могут предварительно договориться о родах в платных отделениях государственных роддомов или в частных роддомах. Отдельная палата для родов, как правило, оплачивается, поскольку существует дефицит таких услуг.

Проблемы доверия возникают на всех этапах обслуживания в репродуктивном секторе медицины. Мы проанализируем взаимодействие врачей и пациенток в консультациях, коммерческих центрах, гинекологических отделениях стационаров, гинекологических клиниках и в роддомах. Особое внимание мы уделяем жалобам пациенток на медицинское обслуживание, которые мы интерпретируем как свидетельства дефицита институционального и личного доверия⁶.

***Государственная медицина:
жалобы на дискомфорт среды,
бюрократию и безразличие***

До того как женщина попадает к своему врачу, она сталкивается с инфраструктурой учреждения, которая часто вызывает ее недовольство. В медицинском центре пациентки взаимодействуют с работниками регистратуры, санитарями, медицинскими сестрами и акушерками. Женщины проходят процедуры, сдают анализы, погружаясь в среду поликлиники или больницы. Им не безразлично, в каких условиях они проводят иногда длительное время, как к ним относятся окружающие их люди. Если женщина находится на лечении или профилактике в

⁵ По данным выборочных обследований, такая мера не всегда приносит положительные результаты. На практике выбор роддома бывает затруднен, в случае если предполагаются «бесплатные» роды (см., напр.: Межецкая 2006).

⁶ Жалобы пациенток существенно отличаются от типичных жалоб, характерных для культурного контекста в России, описанных Н. Рис (2005).

больнице, то она делит (бесплатную) палату с другими пациентками. Состояние среды становится в этом случае особенно значимым, а женщины особенно требовательными, у них возникает множество жалоб по самым различным поводам. Эмпирические данные позволяют нам реконструировать лейтмотив жалоб. В дневниках и интервью женщины описывают организацию пространства и больничные интерьеры в деталях. ЖК часто нуждается в ремонте, хотя в настоящее время состояние этих учреждений улучшилось по сравнению с 1990-ми гг. Опираясь на личный опыт, рассказы знакомых или СМИ, женщины сравнивают государственные и частные клиники. Несмотря на национальные проекты, выделяющие значительные средства на первичное звено здравоохранения, государственные учреждения не выдерживают сравнения с частными.

Подробные описания государственных учреждений, данные пациентками, приводятся в последней части настоящего сборника. Здесь же мы остановимся только на некоторых из них. Пациентка А.А., 47 лет, описывает ЖК:

Помещение (регистратуры) чистое, подобие евроремонта (9.03.2006). (На отделении) чисто, но отдает советской убогостью, стены зеленые, двери слегка облупленные. В отсеке, где четыре кабинета, — две скамейки для посетителей, четыре гинекологических кресла в коридоре. Темновато (1.02.2007). Я посетила туалет. Он ужасный. Не запирается (при том, что он общий и для мужчин, и для женщин), вода еле течет, все облезло. Правда, прикручен новый недешевый кран, что делает общую облезлость интерьера еще более вытуклой (12.02.2007).

Пациентки наблюдают бедность окружающей обстановки, которая воспринимается ими как наследие советского времени. Особенно часто упоминаются «ужасные» туалеты.

В другом дневнике читаем о неудобствах, которые надо преодолеть на подходе к государственному медицинскому центру, делающих пациентку уязвимой и беспомощной:

Больница — это комплекс зданий, внутри комплекса зданий располагается храм. Дорожки, соединяющие здания, — абсолютно оледенелые, не посыпаны ни песком, ни солью. Через несколько дней выпал снег — пройти к родильному дому, который находится в глубине комплекса, стало просто невозможно... (Особые трудности у) беременных

женщин и больных людей и женщин с колясками, которые если и не лежат в этой больнице, то посещают женскую консультацию и поликлинику. Родильный дом — кирпичный, серого цвета... вокруг помойка, ржавчина на трубах, вокруг очень много грязи... Непременный атрибут родильного дома — курящие на улице (в мороз!) беременные женщины, одетые только в халаты (А.В., 8.12.05).

Уже приближаясь к госпиталю, пациентки попадают в недружественную среду. Лейтмотив рассказов — грязь и неудобства, испытываемые пациентами, их риски при подходе к учреждению. Хотя в современных медицинских учреждениях часто имеются часовни или иконы, в них, однако, могут отсутствовать минимальные условия комфорта для пациентов. И хотя киоски и буфеты в больницах сделали жизнь пациентов немного приятнее, одновременно они обострили восприятие дискомфорта. Пространственная организация учреждений не отвечает потребностям клиентов: требующее ремонта, устаревшее оборудование в палатах, отсутствие пандусов, недостаточное освещение, проблемы с отоплением и горячей водой, отсутствие душа и пр. Часто физически устарело и медицинское оборудование, наиболее современное есть только в некоторых клиниках. В государственных учреждениях из-за низкой заработной платы не хватает медицинских сестер, санитаров и другого персонала.

Больница очень старая, с огромными [высокими] потолками и огромными палатами. Много цветов в коридоре. Впечатление, будто попал в советское кино периода Любви Орловой. Бабушка позапрошлого века убирает этаж, — пишет в своем дневнике Л.Д.

Анализ этих жалоб показывает, что доверие между врачом и пациентом во многом зависит от общей обстановки медицинского учреждения. В тех случаях, когда помещение вызывает физический дискомфорт, — доверие к профессионалу обеспечить сложнее.

* * *

В медицинских центрах (консультациях, поликлиниках) женщины обращаются в регистратуру, для того чтобы выяснить расписание приема врача и правила приема («по записи», талон, «живая очередь»). Ей также объясняют суть бюрократических процедур, связанных с

оформлением документов, отпусков и выплат. Врач-гинеколог заводит «медицинскую карту»⁷ на каждую женщину (если это не было сделано в регистратуре), затем осуществляет первичный осмотр и диагностику. Женщина должна получить информацию, ей необходимо объяснить, какие действия она должна предпринять, какие анализы делать, к каким врачам обращаться. Основные анализы делают бесплатно, дополнительные необходимо оплачивать: либо они не покрываются ОМС, либо очередь на них занимает несколько месяцев в связи с дефицитом аппаратуры. Как говорили многие информантки, далеко не всегда им легко разобраться, за что они должны платить, а за что — нет, когда им необходимо осуществлять формальные платежи, а когда предполагается оплата «в конверте». Из-за нехватки доступной информации и сложностей в организации услуг пациентки испытывают неудобства, поскольку им необходимо планировать свои расходы с учетом ограниченных ресурсов⁸.

Кроме того, беременные женщины (как и женщины, обращающиеся к врачу по другим поводам) хотят планировать свое время, сочетая рабочие и семейные обязанности с наблюдением за беременностью (анализами, процедурами и пр.). Им необходимо как гибкое рабочее расписание, так и более гибкое расписание посещения врачей. Хотя в консультациях врачи принимают до 7 или 8 часов вечера, а в субботу можно также делать анализы, таких возможностей для пациенток не достаточно. Приведем пример из дневника Л.Д.

Чтобы попасть на УЗИ в консультацию, нужно с 8 до 9 утра в понедельник дозвониться по телефону в регистратуру и записаться на предстоящую неделю. Мы с мужем непрерывно звонили минут 15, пока не прорвались. Голос в трубке сообщил, что можно записаться на прием («есть время», как они говорят) во вторник в 14 часов. Мне это время было чрезвычайно неудобно, и я спросила, можно ли записаться на вечер. В ответ с той стороны повесили трубку. Затем дозванивался М... «время» осталось в пятницу тоже около 14 и тоже для нас неудобное.

⁷ «Индивидуальная карта беременной и родильницы» или «Медицинская карта амбулаторного больного».

⁸ Заметим, что, хотя ресурсы среднего класса и являются ограниченными и требуют планирования, в гораздо менее благоприятном положении находятся низшие слои населения, которые не имеют возможности вкладывать деньги в обеспечение здоровья (см. статью П. Аронсон в данном сборнике).

Она... сообщила, что другого времени нет и что УЗИ делают только в первой половине дня.

Обстоятельства повседневной жизни женщины, особенно ее профессиональные обязанности, обычно не принимаются в расчет, поскольку по умолчанию, еще с советских времен, полагается, что если не единственная, то главная обязанность беременной женщины — заботиться о своем здоровье и здоровье ребенка. Хотя многие современные женщины не считают, что беременность является препятствием для занятости, режим медицинских учреждений осложняет и без того сложный баланс работы и дома. Л.Д. пишет в своем дневнике:

На работе подготовка отчета заняла все мое время, и к врачам я так и не успела, уехала в Хельсинки на встречу координаторов... <...> К счастью, я должна была принимать экзамены у студентов, за время лежания (в больнице) я проверила все эссе.

Во время беременности будущие матери должны посещать различных специалистов. Однако, как и в советское время, эти возможности ограничены и попасть к ним бывает достаточно трудно. Часто врачи-специалисты работают в ЖК только по несколько часов в месяц и альтернативой для женщин становится либо посещение бесплатной районной поликлиники, либо оплата приема в поликлинике или консультации. Для «бесплатных» приемов, как и в советское время, характерны длинные очереди. Иногда стоящим в очереди не хватает сидячих мест. Такие очереди выстраиваются и на прием к участковому гинекологу.

Л.Д. описывает свой визит в ЖК:

Напротив кабинетов стоят скамейки, на которых женщины ждут своей очереди к врачу... Женщины небеременные записываются на прием в журналах, которые лежат у входа... Беременным вход формально вне очереди и без предварительного захода в регистратуру. Но когда видишь людей, которые сидят по 40 минут у кабинета, невольно садишься в очередь: из солидарности и отсутствия ощущения права на внеочередной прием врача из-за еще отсутствующего живота.

О.Б. делает аналогичную запись в дневнике:

К моему врачу сидела очередь из пяти человек. На каждую пациентку уходило минут 7–11. Но я попала на прием только спустя час двадцать (14.12.2006).

Из дневника А.А.:

Пришла в утренний прием, т. е. в 10.15. Все вместе заняло два часа, из них сидение в очереди примерно один час сорок минут (12.02.2007).

Очередь — это игра по правилам. Иногда беременные или пациентки с особыми назначениями проходят на прием врача без очереди с согласия других посетителей. Очереди воспринимаются как символ советской эпохи и показатель неэффективности организации медицинского обслуживания. Они указывают на жесткие и нереалистичные нормативы врачебных приемов⁹, недостаточность их оплаты, которая заставляет работать специалистов в несколько смен или в нескольких местах. Результатом являются действия, которые кажутся абсурдными, хотя их логика задана бюрократической системой. Ниже приводятся дневниковые записи женщины, которая нуждалась в обследовании офтальмолога в районной поликлинике в 2007 г.

Сначала надо записаться в регистратуре в понедельник. Это запись не к врачу, а всего лишь на получение номерка! Затем нужно подойти в пятницу к двум часам, разумеется, в середине рабочего дня. Я не смогла прийти раньше, и к двум уже выстроилась длинная очередь в регистратуру из тех, кто записался раньше, и тех, кто еще не записался. Для первых талоны были приоритетными. Я смогла получить талон на посещение через полторы недели, могло быть и хуже... Когда я наконец пришла к врачу на прием, то ждала своей очереди по талону 2 часа. Также в рабочее время... Врач принимает до 30 пациентов, работает 7 часов. Конечно, я бы заплатила 300 рублей, чтобы пройти сразу, но эта врач почему-то не принимала в этот день платно.

⁹ В соответствии со стандартами рабочего времени для гинекологов/акушеров в ЖК, в течение одного часа должен принять 5 пациенток, в случае профилактических визитов — 8, в случае посещений на дому — 1,25. Такие нормативы создают «эффект конвейера», для которого характерен недостаток эмоционального контакта с пациентками из-за интенсификации и стандартизации работы врача. Врачи также часто подрабатывают во вторую смену или на второй работе, что еще более усугубляет ситуацию.

Проблемы в организации посещения врача — это только прелюдия к началу наблюдения за беременностью. Если возникают осложнения в ходе беременности, женщин направляют «на сохранение» в стационары. Большинство из них проходят лечение в обычных палатах, где лежат другие женщины и где часто нет элементарных удобств. Пребывание в больнице оплачивается ОМС и воспринимается женщинами как бесплатное. Если клиентка хочет обеспечить себе более комфортные условия, она может оплатить пребывание в одно- или двухместной палате с удобствами. Однако такие возможности имеются не всегда. Пациентки-социологи подробно описали пребывание в таких стационарах, сопряженное с дискомфортом, отсутствием санитарных и других удобств, недостаточным обогревом палат, неудовлетворительным питанием, ограничениями на посещение родственниками, и пр. (см. дневник О. Сениной и записки Л. Дрига, публикуемые в данном сборнике). Приведем лишь две цитаты.

Гинекологическое отделение, шесть человек в палате. Туалет не закрывается. Биде нет. Душевая на этаже завалена тюками с бельем. Есть одна ванная среди хозхлама, в которой уборщицы моют тряпки, — пишет Л.Д. Ее вывод: идея сохранения беременности в больнице, в палате с чужими людьми, без нормальной гигиены, еды и мужа довольно спорна и ничем не оправдана.

О.С. записывает в дневнике:

В палате было довольно холодно и постоянно работал обогреватель, который принесли родственники одной из лежащих в палате больной. Туалет общий, в коридоре. Но там не было умывальника. К тому же туалет не закрывался на щеколду — она была давно и безнадежно сломана... Общего душа на отделении нет. Комнатой для гигиены пользовались практически все пациенты (кроме двух пациентов одной платной палаты, у которых в блоке на двоих есть свой туалет и свой душ). Комната для гигиены тоже не закрывается изнутри. В эту «помывочную» довольно часто по утрам и вечерам выстраивалась очередь (24.01.2006).

Посетители, члены семьи, друзья помогают справиться с проблемами отопления, чинят выключатели, приносят обогреватели и телевизоры, компенсируя нехватку комфорта на отделении (см. также:

Здравомыслова и Белозерова 2005). Эта обычная практика «квази-волонтерства» вызвана нехваткой ресурсов в государственной системе здравоохранения. Информантки описывают отсутствие приватности при медицинских осмотрах как рутину — не закрыты окна на первом этаже, в кабинете идет осмотр сразу нескольких пациенток, врачи обсуждают диагнозы в присутствии третьих лиц, для экономии времени предлагают пациенткам самостоятельно найти результаты своих анализов среди документов других пациенток, и пр. Женщины при этом выражают желание иметь приватное пространство для осуществления гигиенических процедур и общения с врачом. Однако дефициты пространства и времени продолжают воспроизводить в репродуктивной медицине многие черты тотальных институтов. Для них характерно лишение индивида приватности и ресурсов идентификации (Goffman 1963). У рефлексивных образованных женщин нового поколения такая ситуация вызывает фрустрацию, и, тем не менее, они не могут ее избежать, пока не выработают альтернативные стратегии.

* * *

Ключевым звеном хроники посещений медицинских учреждений является ситуация врачебного осмотра. Эти типовые взаимодействия описываются в нашем исследовании двойственно. С одной стороны, женщины признают важность обследования, особенно в ходе беременности или при наличии гинекологических заболеваний. С другой стороны, осмотр вагины¹⁰ воспринимается ими как нарушение телесной целостности и потому не считается просто рутинной. В этой ситуации женщины ощущают себя уязвимыми, чувствительными к каждому жесту или слову врача или сестры. Многие женщины испытывают дискомфорт при таких осмотрах, даже если врачом является женщина. В дневниках пациенток содержится много указаний на то, что в этих интимных процедурах осмотра часто не соблюдается элементарная приватность. Приведем примеры описания осмотров беременных женщин в больнице.

¹⁰ В случае нормального течения беременности осмотр «в зеркалах» производится в ЖК только при постановке на учет — в следующий раз уже в родильном доме; в случае осложнений беременности число осмотров может увеличиваться.

«Интимности» были лишены и процедуры осмотра врачей. Все осмотры проводятся публично... В смотровой расположено три гинекологических кресла и, как правило, одновременно три врача проводят осмотр или выполняют какие-то процедуры. ...Кресла стоят близко и «лицом» друг к другу... довольно публичное мероприятие. При этом врачи активно общаются между собой, обсуждают диагнозы и лечение (О.С., 25.01.2006).

Я вошла в процедурную... Это большой зал, метров 70... Часть его отгорожена ширмой. За ширмами стоят два гинекологических кресла и пара кушеток. Кресла прямо напротив огромного окна. Несколько раз меня там смотрели, и жалюзи были закрыты не всегда. При почти полной атрофии стеснительности, после девяти месяцев постоянных осмотров, все же несколько неуютно (Е.П., 17.02.2008).

Публичность осмотров в больницах и родильных домах репрезентируется в рассказах как способ авторитарного контроля, далекого от дружественного отношения к женщине. Такой контекст заставляет женщину чувствовать себя отчужденной от мира профессионалов, которые осуществляют манипуляции, относясь к ней как к физическому объекту. Такую систему пациентки часто описывают как «советскую», как «бесчеловечную». Медицинские учреждения выглядят в их глазах бюрократической машиной, правила которой трудно понять, исходя из потребностей человеческого существа. Рефлексивные пациентки пишут о том, что они ощущают себя редуцированными до своих тел, без учета личности и индивидуальных потребностей.

Беременные женщины описывают процессы, через которые осуществляется редукция их личности к телу, или к объекту, вынашивающему ребенка. Если они отказываются выполнять предписания, не вполне следуют требованиям врача или принимают решения, которые врачи считают «неправильными», им объясняют, что они наносят непоправимый вред будущему ребенку и своей беременности. Такие угрозы вызывают сильную эмоциональную реакцию, слезы, истерики, подавленное состояние. Подобные стратегии врачей пациентки называют запугиванием, давлением, принуждением. Они хотят найти «человечных» врачей, которые не используют вербально силовых приемов воздействия и проявляют заботу и внимание. Лексема «внимательный врач» оказывается кодом, объединяющим разнообразные типы медиков, которые осуществляют эмоциональную работу в отношении пациенток.

Еще одна проблема пациенток — недостаточная биомедицинская информированность. Многие из них жалуются на то, что не понимают сути лечения и производимых с ними манипуляций. Это непонимание приводит к недоверию, поскольку они сомневаются, правильно ли делаются и осуществляются назначения. Е.П. пишет:

Вообще, врачи ничего не говорят. Моя история болезни существует отдельно от меня. Врачи смотрят на результаты анализов, принимают какие-то решения, вводят в мое тело какие-то препараты, смотрят опять на результаты анализов. На вопросы, такое впечатление, отвечать избегают, причем за этим видится благое намерение, которое можно обозначить следующим образом: «Мы уверены, что все делаем правильно, пациент должен нам доверять». От пациента ожидается послушание и покорное следование их предписаниям. Вопросы об ощущениях задаются крайне редко, и, как мне кажется, ответы мои часто игнорируются. Часто я просто не знаю, как отвечать на вопросы (19.01.2008).

Физическая среда, организация услуг, недостаток приватности и информации вызывают фрустрацию у беременных и больных женщин. Они часто рассказывают о дискомфорте в отношениях с врачами и медицинским персоналом, который не принимает во внимание индивидуальные потребности пациенток, в том числе эмоциональные.

Пациентки признают трудности работы врача, барьеры, связанные с бюрократическими, иерархическими и прочими правилами медицинских учреждений. В лучшем случае клиенты обслуживаются, как потребители на рынке, где спрос превышает предложение качественных услуг. Ситуация усугубляется еще и тем, что и медицинские сестры не предлагают тех «услуг», которые ожидаются от них в силу характера их профессиональных функций. Медсестры не выполняют эмоциональную работу, и именно средний и технический персонал чаще всего обвиняется в невежливости, пренебрежении обязанностями заботы о пациентах.

Итак, требования пациенток далеко не всегда соответствуют правилам и практикам в государственных медицинских учреждениях. Предметом жалоб информанток являются:

- отсутствие комфортных условий и приватности;
- пренебрежение их эмоциональными потребностями, объективация;

- паттернализм медицинских работников, в том числе непредоставление доступных объяснений диагноза, а также процедур;
- организационный хаос, неясность правил.

Женщины пытаются по возможности избежать государственного медицинского обслуживания, поскольку они не доверяют ему (Аронсон 2006). С их точки зрения, такое отношение к пациенткам во многом сохраняется с советских времен: именно «советский пациент» являлся бесправным, редуцированным до тела, личностными и эмоциональными потребностями которого можно было пренебречь. Женщины, у которых есть ресурсы, ищут более подходящее обслуживание в частном секторе медицины или оплачивают работу врачей, через кассу или «в карман». Однако те, кто ограничен в средствах, имеют гораздо меньше выбора.

**Коммерческие медицинские центры:
жалобы на гипердиагностику и вымогательство**

Материально благополучные, рефлексивные, требовательные, образованные женщины часто предпочитают пользоваться услугами частных клиник. А.А. пишет в дневнике:

Принимала решение, куда же идти завтра. «У» (частная клиника) — очень дорого. Но решила, что нервы дороже, «эмоциональная работа» врачей дорого стоит, хотя деньги ее не гарантируют (9.03.2006).

Платный медицинский сервис имеет широкий спрос в области специализированных методов диагностики (ИППП, включая «скрытые» инфекции)¹¹, родовспоможения, аборт и профессиональных консультаций высококвалифицированных специалистов. Пациентки считают платный сервис более комфортным, надежным и лучше организованным. Им не нужно тратить время в очередях, обстановка в учреждениях удобна для пациента, холлы ожидания оснащены новой удобной мебелью, телевизорами, кулерами, в них хорошее освещение, в туалетах «евростандарта» есть горячая вода, администраторы вежливы и хо-

¹¹ Для беременных ПЦР-диагностика (наиболее информативная и удобная с точки зрения выявления ИППП) покрывается ОМС, все остальные должны ее оплачивать.

рошо информированы. Женщины ожидают, что отношение к ним будет менее формальным и более персонифицированным. О.С. объясняет мотивацию своего выбора в пользу платной клиники:

Мои денежные инвестиции были связаны, прежде всего, с желанием «купить» внимание врача — общение и разъяснения (25.01.2006) (см. также статью О. Бредниковой в данном сборнике).

При этом наши информанты не считают, что профессионализм врачей зависит от занятости в разных секторах медицины: они знают, что одни и те же врачи работают в государственных и частных клиниках.

В сфере репродуктивного здоровья, как и в других областях медицины, сочетаются практики формальной и неформальной оплаты услуг. Однако система коммерческой медицины не является прозрачной и простой. Пациентам часто не понятно, на каких принципах она организована, хотя прайс-листы доступны для открытого обозрения во всех учреждениях. Недостаток информации об услугах, которые покрываются ОМС, приводит к тому, что пациентам зачастую приходится осуществлять траты, которых можно было бы избежать (Шишкин и др. 2004).

Последствия коммерциализации являются противоречивыми. С одной стороны, к пациенту относятся не как к больному телу-объекту, а скорее как к клиенту, который оплачивает услуги, поэтому принимаются в расчет его (ее) физические, эмоциональные и социальные потребности. Однако цены на медицинские услуги становятся все выше, а улучшение качества платных услуг сопровождается ухудшениями в бюджетном секторе. Соответственно растет социальное неравенство в доступе к медицинскому сервису.

Несмотря на комфортность и внимание к нуждам пациентов, в платном секторе сохраняется проблема недоверия, хотя сконструирована она иначе. Мы покажем это на примере диагностики и лечения скрытых инфекций¹². Диагностика генитальных инфекций осуществляется по направлению врача, в профилактических целях ее проводят женщины, планирующие беременность. Рассказывает двадцатипятилетняя Н., которая проходила обследование. У нее были обнаружены инфекции,

¹² «Классические» венерические болезни — сифилис, гонорея, мягкий шанкр, «новые» — хламидиоз, уреаплазмоз, трихомониаз, кандидоз, герпес половых органов и др.

назначено дорогостоящее лечение, после которого анализы опять показали наличие инфекций и было назначено дополнительное лечение. Пациентка очень раздражена, она предполагает, что врачи ее обманывают. Ее рассказ сильно эмоционально окрашен:

Уроды — врачи, негодяи... существует вероятность того, что я, в принципе, ничем и не болела таким страшным. То есть никакими, там, заболеваниями, передающимися половым путем. А просто люди разводят на деньги, чтобы там дольше лечиться... Они берут деньги за ежедневное лечение, ну, вот как бы за прием. Я же тоже плачу деньги, там, за анализы какие-то. То есть я понимаю, что все эти, там, хламидиоз, там, трихомонады очень сложно обнаружить их, поэтому нужно проводить несколько анализов. Но там, я не знаю, когда три-четыре анализа делают — у тебя ничего нет, а вот на пятый раз — о! вот оно! Вы больны, любимая... Поэтому сейчас я не уверена, была ли я чем-либо больна или нет.

Аналогичную историю рассказывает двадцатидвухлетняя М.:

Когда уриоплазму и цитомегаловирус нашли, я ходила в частную клинику, в специализированную. Но у меня закрались некоторые сомнения... в их компетентности... Мне сказали, что Вам нужно пройти еще то-то, то-то, то-то, предложили мне облучение крови сделать, что тоже стоит денег.

М. не верит результатам диагностики и обращается к другому врачу, которого находит по личным сетям. Этот врач не подтверждает инфицированности.

И просто я вот вошла, говорю: ну ладно, пойду я в другую поликлинику, но, опять же по знакомым... Я не хотела идти в частную, в платную, я пошла в женскую консультацию, потому что там работала врачом моя знакомая. Доктор взяла у меня (анализы) и сказала, что, «я смотрю, что ты полностью чистая». Она говорит: «Ты где наблюдалась?» — Я говорю: «В Л.». — Она говорит: «Ой, знаешь, я уже много раз слышала о том, что там вот такие вот отзывы».

Докторов подозревают в нечестности и недобросовестности. Диагнозы считаются преувеличенными или ложными. «Драматизация»

диагнозов (гипердиагностика) рассматривается пациентками как средство усиления власти врачей или получения ими дополнительных доходов от обследования и лечения. Медиков обвиняют в отсутствии профессиональной компетенции и в нарушении нравственных принципов профессии. Чтобы совладать с неопределенностью диагностики, которая действительно имеет место в случае урогенитальных инфекций, многие пациентки используют стратегии посещения разных врачей. Кроме того, пациентки отмечают, что между врачами отсутствует профессиональная солидарность. И это открытие усугубляет недоверие к медицине. Женщины описывают случаи, когда одни врачи дискредитируют других, утверждая, что лишь их собственные результаты правильные и только они (или их учреждение) обеспечивают правильное лечение. Конкуренция, обостренная новизной рыночных механизмов в сфере медицинских услуг, подрывает профессиональный этос коллегальности. О.С. пишет в дневнике:

Л.Д. сделала новые назначения лекарств, и когда я спросила, а как же другие лекарства, которые мне прописали вчера, мне довольно сурово ответила: «Давайте ничего не обсуждать про вчерашнее! Назначение других врачей я не обсуждаю. Теперь вы мой пациент!» Кстати, почти все врачи в этой системе вынуждены выстраивать и отстаивать свою компетентность и профессионализм через свое отношение к другим лечебным учреждениям или врачам. И как мне показалось, что довольно часто это отношение — «умаление профессионализма» других. Так, когда я еще лежала в общей палате, одна пациентка показала врачу результаты платного УЗИ — «у платников делала» (но не сказала, где), на что ей врачотреагировала: «А почему я им должна верить? Может, это вообще результаты не ваши!» При этом, как я видела, результаты УЗИ были распечатаны на официальном бланке (25.01.2006).

Докторов подозревают в том, что они ставят личные материальные интересы выше профессиональных. Некоторые пациенты считают, что врачи получают отчисления от фармацевтических компаний, если делают определенные дорогостоящие назначения. В целом с коммерциализацией медицины связывают признаки кризиса профессионализма. В ситуации дефицита институционального доверия женщины развивают стратегии приспособления, которые варьируются от избегания медицинского обслуживания до попыток постоянного контроля

(посредством посещения различных специалистов и сравнения результатов диагностики и предписаний). Однако и эти стратегии часто оказываются безрезультатными. Избегая или минимизируя посещения ЖК, женщины рискуют потерять те льготы, которые предоставляются беременным и по уходу за ребенком. Посещение разных специалистов также не решает всех проблем, поскольку требует значительных объемов материальных и временных ресурсов и не всегда ведет к желаемому результату. Поэтому, стремясь снизить степень неопределенности во взаимодействии с медиками, большинство пациенток стараются установить личные отношения со «своим врачом». Стратегии поиска «правильного» врача и «правильного» учреждения будут рассмотрены далее.

Родильные дома: жалобы на пренебрежение и риски во время родов

Квинтэссенцией проблем доверия в области репродуктивного здоровья являются ситуации, непосредственно связанные с родами. Наличие рисков обусловлено особым символическим смыслом деторождения, возможными осложнениями, а также условиями пребывания в роддомах. Данные риски существуют и в государственных учреждениях (как при бесплатном, так и при платном обслуживании), и в частных.

Двадцатичетырехлетняя Р. рассказывает о том, что она планировала беременность, а также предпринимала попытки оптимально организовать роды. Она была не удовлетворена обслуживанием в государственных учреждениях и попыталась найти врача в другой клинике. В условиях коммерциализации медицинских услуг для этого существуют разнообразные возможности. Как ответственный потребитель, Р. вместе с мужем осуществили «маркетинг», чтобы найти подходящий роддом. Для этого использовались интернет-ресурсы, а также личные сети. Они выясняли репутацию учреждений и акушеро-гинекологов. Эксперты-друзья рекомендовали конкретный роддом и посоветовали обратиться к главврачу, который сможет указать на «хорошего доктора». Р. рассказывает, что главный врач был очень приветлив и все объяснил. Будущие родители официально оплатили обслуживание на платном отделении (которое включало оплату услуг врача и пребывание родильницы и ее мужа в комфортабельной палате).

Однако у Р. возникли непредвиденные проблемы со здоровьем, и ее срочно отправили на другое отделение. Ей сделали кесарево сечение, после этого она оказалась в обычной палате с тремя другими женщинами. Она рассказывает:

Обстоятельства у нас были немного иными, то есть мы вышли за рамки этой оплаченной услуги... Всю прелесть неплатного обслуживания мы испытали на себе, потому что операционная — это вещь общая... меня забрали в операционную, где было очень много мух... и в послеоперационной палате лежит три человека... Находиться там было невыносимо из-за вот этих вот мух, ну и из-за того, что рядом нету... мужа... эти каталки... а кровать на метр ниже, и ты должен сам там спускаться. Ну вот это было так все неприятно...

Из-за непредвиденных обстоятельств срывается планируемая и оплаченная заранее организация семейных родов. История показывает, что стратегии женщины, направленные на контроль ситуации с использованием множественных ресурсов (связи, интернет, экспертное знание, оплата услуг), не обязательно гарантируют ожидаемый результат.

Приведем выдержку из интервью с двадцатичетырехлетней О.:

Так получилось, что мне пришлось рожать ночью. Кроме меня было еще три беременных в этом зале. То есть такое ощущение, что специально мучают... Там была врач, как-то она мне сразу не очень понравилась. Во-первых, она как-то не особо на всех нас реагировала... И именно за два часа до того, как все это началось, сами роды, они ушли... То есть как раз у нас начались самые боли во время схваток — ни одного акушера, ни врача, вообще ни одной души, кроме нас, не было в родовом зале. У нас усиливаются схватки... Как раз как-то хочется какой-то поддержки, помощи, подсказки, там, как дышать правильно, как что. Вот. Абсолютно ничего, никакой помощи. То есть на то, что тебе плохо, на это вообще никто никакого внимания не обращает... Потом сама говорю: «Слушайте, мне кажется, у меня уже начинается всё это». Они подходят: «Ой, да, начинается!» (смеется). Они там за километр просто от тебя находятся, вот... А сам процесс родов — этому, конечно, где-то учат, но нас этому не учили, где я проходила, как бы, обучение, вот. В итоге я рожала очень долго. ...Мне кажется, это вина наполовину их все равно. Вот. И значит, постоянно какие-то комментарии, там,

«неправильно себя ведешь», там то-то-то... Грозилась, если ты сейчас не будешь правильно рожать, мы сейчас возьмем щипцы, будем тащить ребенка щипцами... ..Я, там, начала чуть ли не молиться, там, умолять их, что не надо мне никаких щипцов, ради бога. Просто ужас такой был в глазах, я представляю, как это все выглядело. Вот. Было очень страшно! И потом, когда я родила, они сказали: «Ну, вот, мы за тебя родили — скажи нам спасибо». Спасибо! (смеется).

Эта женщина рассказывает о том, что она чувствовала себя беспомощной и полностью зависимой от врачей и медицинского персонала. Она не могла контролировать ситуацию. Она признает свое невежество и невозможность воздействовать на происходящее. Так же, как и в советское время (Щепанская 1999), это истории о пренебрежении и грубости врачей, об их ошибках, об отсутствии информации и непонимании того, что происходит. Это рассказ о страхе, боли, отсутствии поддержки и одиночестве в экзистенциально значимые моменты жизни. И хотя среди рассказов о родах существуют и позитивно окрашенные истории, когда женщины с благодарностью оценивают действия акушеров и организацию родов (стратегии достижения такого результата будут рассмотрены ниже), тем не менее постоянно воспроизводятся и истории-«страшилки». Культурологически «страшилки» можно интерпретировать как мистификацию рискованного и непознаваемого, необходимый компонент сакрализации материнства, но для социологов эти рассказы важны, так же как показатели институционального недоверия, безвластной и ресурсно необеспеченной позиции пациентки.

Недоверие: интерпретация информанток

Эмпирические данные показывают, что жалобы возникают в различных ситуациях. Жалобные нарративы свидетельствуют о недостатке доверия к медицине у женщин, который обусловлен культурными и структурными причинами. Однако существуют и обстоятельства, связанные со спецификой репродуктивного здоровья. В ситуации родов возникает много неопределенностей. Несмотря на различные изменения, произошедшие в организации репродуктивного здравоохранения, роды зачастую, в советском стиле, остаются в восприятии женщин «черным ящиком». Это означает, что женщина уходит в роддом,

выходит через несколько дней с ребенком и никто из внешних наблюдателей не знает, что там происходит, и не может воздействовать на ситуацию, в которой женщина оказывается беспомощным объектом, полностью зависящим от доброй воли и профессионализма медицинского персонала. Роды связываются с осуществлением «женского таинства», интимного действия, в которое допускаются только профессионалы-гинекологи, это своего рода испытание, которое необходимо пройти для обретения статуса «настоящей женщины».

Мы можем разделить причины недоверия, представленные нашими информантками, на две группы. Первая группа причин связана с отношением к человеку в системе медицины. Эти проблемы относятся в первую очередь к государственному сектору. «Наша медицина не для людей, она бесчеловечна», — говорят многие информанты (например, ж., 25 лет). Женщины утверждают, что медицина не ориентирована на пациента, она является бюрократическим институтом с низкой эффективностью, которая мало изменилась со времен советского административного управления. Консультации и больницы оцениваются как «недружественные» по отношению к пациенткам и беременным женщинам. Неудобная организация обслуживания (очереди, некомфортные условия, нечеткость и неясность правил и пр.) заставляют женщин усомниться в том, что они получают адекватную диагностику и лечение. Женщины стараются по мере возможности избегать посещения медицинских учреждений: покидают раньше срока больницы, не посещают вовремя гинекологов в ЖК, отказываются от идеи бесплатных родов и пр. (см. дневники в третьей части данного сборника).

Вторая группа причин недоверия коренится в отношении к врачам как к профессионалам. Женщины утверждают, что из-за невнимания, недостатка компетенции или недобросовестности медицинских работников они не получают качественного обслуживания. Пациентки полагают, что траты их времени, эмоций и денег — это слишком высокая цена за лечение, которому они не доверяют, и стараются его избежать или искать ему альтернативы. Пациентки прекращают обследования в коммерческих центрах, поскольку не верят результатам анализов. Женщины считают, что составной частью профессии врача является внимательное и поддерживающее отношение к пациенту, а если оно отсутствует — они сомневаются в целом в профессионализме медика.

Несмотря на систематическую нехватку доверия, большинство женщин обращаются в медицинские учреждения. Они осуществляют стратегии, направленные на совладание с недоверием.

Стратегии совладания с недоверием

Климат доверия в отношениях врач—пациент является хрупким, он достигается сознательными действиями, его поддержание требует постоянных усилий. Недостаток доверия компенсируется стратегиями, направленными на улучшение медицинского обслуживания и контроль за ними. Цель этих стратегий — обеспечить надежность, эффективность и комфортность медицинских услуг в «правильной» клинике и у «правильного» врача. Используя эмпирический материал, мы выделяем следующие стратегии пациенток/клиенток на основании задействованных ресурсов.

Первая, наиболее распространенная стратегия, — это мобилизация ресурсов социальных сетей. Женщины консультируются со своими родственниками, подругами, коллегами, друзьями друзей, для того чтобы найти врача с хорошей репутацией. Это помогает контролировать взаимодействия с врачом, делать их персонифицированными, «одомашненными», превращать врачей в «звенья» личных социальных сетей. Такие сети являются гендерно окрашенными. Для того чтобы сделать медицинское обслуживание подотчетным и понятным, женщины используют «посредников». Такими посредниками выступают друзья или друзья друзей с медицинским образованием, которые принадлежат к сети. Они помогают находить нужных специалистов и нужные учреждения, разъясняют результаты анализов и назначений, подсказывают, что необходимо делать в определенных ситуациях, и пр. Родственники и друзья осуществляют различную помощь, когда пациентка находится в больнице, в качестве квазиволонтера выполняя функции медицинского или технического персонала. К участию родов привлекаются отцы, которые выступают посредниками между роженицей и медицинским персоналом (Ангелова и Тёмкина 2009).

Другая стратегия — это самообразование, центральным ресурсом которой выступает профессиональное/популярное медицинское знание. Женщины стремятся получить специализированную информацию, стать экспертами в интересующей их области репродуктивного здоровья. Масс-медиа и интернет являются важнейшими ресурсами для этого. Через интернет женщины находят необходимую информацию, участвуют в обсуждениях на форумах по поводу клиник, врачей, диагностики, лечения, профилактики. Они осуществляют мониторинг родильных домов в поисках оптимального варианта. Активные рефлексивные пациентки, приобретая специализированное знание, пробле-

материализуют власть и авторитет врача, основанный на эксклюзивно доступной медикам экспертизе. Такая стратегия позволяет сделать отношения врач—пациент более равноправными (однако врачи не всегда признают те знания, которыми владеют пациентки, — см., напр., статью Д. Одинцовой в данном сборнике).

Еще одна стратегия опирается на экономические ресурсы. Она предполагает обращение к коммерческим медицинским услугам с лучшим обслуживанием и персонификацию отношений с врачом через прямые выплаты и подарки с целью обеспечения индивидуального подхода, комфорта, более ответственного и внимательного отношения к себе.

Большинство женщин используют множественные стратегии. Результатом становится выстраивание климата доверия в персонализированных отношениях с «правильным» врачом — с точки зрения профессионализма и с точки зрения отношения к пациенту. Такой врач становится «своим», его рекомендуют друзьям и знакомым, его благодарят, ему доверяют, его рекомендации неукоснительно соблюдают. Статус «своего врача» поддерживается материальными и социальными инвестициями, выражается через символическое и материальное признание. Знание личного номера мобильного телефона «своего врача» символизирует доступность медицинской помощи без организационных или коммуникативных сбоев. Доктор рекомендует других специалистов в случае необходимости, и пациентка оказывается в сети, «передаваемая из рук в руки» (см. статью О. Бредниковой в данном сборнике)¹³. Доверие к медицинским институтам — дефицит в современном российском обществе, поэтому врачи, которым доверяют, обладают высоким престижем. И женщины, и врачи подтверждают, что взаимопонимание и человеческие отношения — важный залог успеха коммуникации. Наши данные согласуются с выводами, которые делает в своем исследовании М. Ривкин-Фиш. Она пишет: «В России сети

¹³ Эти стратегии хорошо осознаются в повседневной жизни. Журналист Д. Губин, делая неутешительные выводы о состоянии медицины в России, рекомендует читателям «держат в записной книжке телефоны хороших хирургов, стоматологов, кардиологов (и, кстати, гинекологов и урологов), а если телефона нужного специалиста нет, то те специалисты, чьи телефоны есть, вам такой телефон раздобудут. И, помимо денежки в официальную кассу, платить всем этим специалистам гонорар напрямую — как вашу личную оценку их персонального труда» (см.: *Огонек*, 2008, № 29, 14–20 июля, с. 44–45). Однако далеко не все социальные слои в состоянии воспользоваться этим советом (см. статью П. Аронсон в данном сборнике).

знакомств в медицине... обеспечивают компетентное обслуживание и внимание. Пациенты хотят преодолеть бюрократические рамки отношений врач—пациент, которые работают на основе анонимности и фрагментированной заботы, персонализируя эти отношения и превращая их... в вариант личных» (Rivkin-Fish 2005: 154).

Заключение: новые клиенты репродуктивной медицины — требовательные женщины нового поколения

Стратегии выстраивания доверия конституируют идентичность клиентов сферы репродуктивного здоровья. Эти стратегии доступны не всем. Для того чтобы их реализовать, необходимы ресурсы и способность действовать. Большинство наших информанток принадлежат к когорте новых активных женщин, требовательных и готовых настаивать на выполнении своих требований. Это женщины с высоким уровнем образования, принадлежащие к профессиональным стратам, жительницы больших городов. Планирование семьи для них — это не просто слова, но часть их повседневной жизни. Однако медицинская система часто не соответствует их притязаниям, несмотря на многочисленные реформаторские усилия. Недостатки медицинского обслуживания рассматриваются женщинами, с одной стороны, в категориях «советского наследия», с которым надо бороться, а с другой — как результат неконтролируемой экспансии рынка в сферу профессиональной деятельности. Женщины противопоставляют себя, свою идентичность и способы действия советским пациентам и советской системе здравоохранения.

Пациентки маркируют неудовлетворительные условия в клиниках как «советские». Они проводят различие между здравоохранением, унижавшим, по их мнению, человека (особенно женщину во время родов), и своими требованиями к медицинским услугам. Советская эпоха оценивается новыми пациентками как бесчеловечная, пренебрегающая индивидом, обвиняющая и наказывающая его, особенно при лечении ЗППП, при беременности и родах (не говоря об абортах).

Сексуальные и репродуктивные практики женщин, принадлежащих к этой когорте, существенно отличаются от практик поколений их матерей и бабушек (Rotkirch 2000). Их жизненный опыт включает сознательный выбор сексуальных и брачных партнеров, планирование семьи, ответственные безопасные сексуальные практики, информиро-

ванный выбор контрацептивов и контроль сексуального/репродуктивного здоровья. Они хотят контролировать свою жизнь, в том числе интимную. Они критически относятся к медицинскому обслуживанию и полагаются главным образом на собственные ресурсы и стратегии (Тёмкина 2008).

Эти женщины не удовлетворены медициной, они пытаются артикулировать и изменять ситуацию. Однако синдром «советского наследия», неэффективность и непоследовательность реформ современного здравоохранения, недостаток ресурсов и институциональной поддержки (контрацептивов, медицинской помощи, знаний) воспроизводят структурные барьеры, препятствующие ответственным безопасным практикам репродуктивного/сексуального поведения¹⁴. Эти разрывы порождают конфликты и усугубляют недоверие к медицинским учреждениям и профессионалам. Мы видим, что новые молодые женщины — требовательные клиенты медицины — отказываются от роли «советского пациента», подчиняющегося, молчаливого, дисциплинированного и невежественного.

В начале XXI в. в России предпринимаются постоянные попытки улучшить ситуацию в области здравоохранения. В этом участвуют государство, масс-медиа, медики, пациенты, страховые компании. Однако интересы акторов часто противоречивы. Необходимы дальнейшие исследования того, как осуществляются переговоры и взаимодействия, развивается ли новая модель, отвечающая потребностям новых пациентов. Очевидно, что возможности улучшить свое положение оказываются доступными для благополучных слоев. Однако не ясно, каким образом может быть улучшена ситуация для ресурсно бедных пациентов.

В современной России будет расти слой образованных женщин, требующих нового качества и ответственности в медицинском обслуживании. Их потребности становятся вызовом государственным программам повышения рождаемости. Эмоциональные и психологические потребности будущих матерей должны попасть в центр внимания реформаторов в области репродуктивного здоровья. Без доверия к медицинским институтам никакие экономические меры не заставят ответственных женщин рожать больше детей.

¹⁴ См. статьи О. Снарской, а также М. Ривкин-Фиш и В. Самохвалова в данном сборнике.

Литература

- Ангелова Е. и Тёмкина А. (2009). Отец, участвующий в родах: гендерное партнерство или ситуационный контроль, в кн.: Е. Здравомыслова, А. Роткирх, А. Тёмкина, ред., *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге.
- Аронсон П. (2006). Утрата институционального доверия в российском здравоохранении как одна из причин отказа от профессиональной медицинской помощи, *Журнал социологии и социальной антропологии*, № 2, с. 120–131.
- Вишневский А., Ясин Е., Кузьминов Е., Якобсон Л., Шишкин С. и др. (2006). Российское здравоохранение: как выйти из кризиса, *Отечественные записки*, № 2.
- Здравомыслова Е. и Белозерова Ю. (2005). Детский лейкоз как социальный диагноз, в кн.: Ж. Чернова, ред., *Гендерное устройство: социальные институты и практики*: Сборник статей. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге.
- Межецкая Е. (2006). Рожаем вместе. Качество медицинских услуг в роддомах России выяснила Международная конфедерация потребителей, *Российская газета*, Центральный выпуск, № 4237, 1 декабря 2006. (<http://www.rg.ru/2006/12/01/ekspertiza-roddom.html>).
- Путин В. (2006). *Послание Федеральному Собранию Российской Федерации 10.05.2006* (<http://www.kremlin.ru/text/appears/2006/05/105546.shtml>).
- Рис Н. (2005). *Русские разговоры. Культура и речевая повседневность эпохи перестройки*. М.: Новое литературное обозрение.
- Тёмкина А. (2008). *Сексуальная жизнь женщины: между подчинением и свободой*. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге.
- Шишкин С. и др. (2004). *Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет*. М.: ГУ-ВШЭ.
- Щепанская Т. (1999). Мифология социальных институтов: родовспоможение, *Мифология и повседневность*, СПб., вып 3, № 3, с. 383–423.
- Юрьев В. и Купенко Г. (2000). *Общественное здоровье и здравоохранение*: Учебник. СПб.: Петрополис.
- Annandale E. (1998). *The Sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Carl M. (2007). The Clinical Encounter and the Problem of Context, *Sociology*, vol. 41, N 1, p. 29–45.
- Freidson E. (1970). *Professions of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.

- Glaser B. and Strauss A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldin.
- Goffman I. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Prentice-Hall.
- Lupton D. (1995). *The Imperative of Health*. London: Sage.
- Lupton D. (2004). Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter, in: M. Bury and J. Gabe, eds., *The Sociology of Health and Illness: A Reader*. London: Routledge, p. 197–209.
- Misztal B. (1996). *Trust in Modern Societies*. Cambridge: Polity Press, p. 97.
- Rivkin-Fish M. (2005). *Women's Health in Post-Soviet Russia. The Politics of Intervention*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Rotkirch A. (2000). *Man Question: Loves and Lives in Late Twentieth Century Russia*. Helsinki: University of Helsinki.
- Scambler G. and Britten N. (1995). System, Life-world and Doctor–Patient Relationship: Issues of Trust in a Changing World, in: G. Scambler, ed., *Habermas, Critical Theory and Health*. London: Blackwell, p. 45–67.
- Sztompka P. (1999). *Trust: A Sociological Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Turner B. (1995). *Medical Power and Social knowledge*. London: Sage.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Дневники включенного наблюдения

1. Дневник практики в гинекологической клинике, студентка медицинского университет (А.В.), 8.12–21.12.2005.
2. Дневник беременной (О.С.), 34 года, научный сотрудник, 24.01–29.04.2006.
3. Дневник беременности и родов (Л.Д.), 32 года, научный сотрудник, ноябрь 2005–3. 07.2006.
4. Дневник беременности (дородовое отделение и роды) (Е.П.), 29 лет, научный сотрудник, 16.01–24.01.2008.
5. Дневник посещения гинеколога (А.А.), 45 лет, преподаватель, 9.03.2006–21.02.2007.

Глубинные интервью

Интервью с женщинами в возрасте 18–45 лет (22) проводились в Петербурге (16), Челябинске (4) и Самаре (2) в 2005–2006 гг. Интервьюерами выступали слушатели гендерной программы ЕУСПб, координаторами — Е. Здравомыслова и А. Тёмкина. Критериальная выборка осуществлялась

методом «снежного кома». Все информантки принадлежат к городскому среднему классу. Большинство из них относится к возрастной когорте 18–29 лет (16). Интервью касались вопросов сексуальной биографии, репродуктивных практик, аборт, беременности, родов, планирования семьи, внутрисемейных отношений и пр. Информантки учатся на старших курсах вузов, в магистратурах и аспирантурах, среди работающих – менеджеры, дизайнеры, врачи, НКО-активисты, администраторы, журналисты, гиды, художники.

Интервью и включенное наблюдение осуществлялись в рамках проектов (см. также *Введение*):

1) «Нетрадиционные угрозы безопасности в России», грант Корпорации Карнеги, подпроект «Здоровье и (не)безопасность в российских дискурсах и практиках (репродуктивная и сексуальная сфера)», 2005–2006.

2) «Образцы фертильности и формы семьи», Академия наук Финляндии, подпроект «Новый быт», 2004–2005.

3) «Сексуальные и репродуктивные практики в России: свобода и ответственность (С.-Петербург, начало XXI века)», Гендерная программа ФПНиС ЕУСПб – Фонд Форда, 2005.

Ольга Бредникова

ПОКУПАЯ КОМПЕТЕНЦИЮ И ВНИМАНИЕ: ПРАКТИКИ ПЛАТЕЖЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

В одном из женских интернет-форумов, в котором активно обсуждаются самые разные проблемы, возникающие при беременности, я обнаружила дискуссию о том, кому, сколько и в каком виде надо платить в ЖК и в роддоме. Дискуссия завершилась, точнее прервалась, следующим высказыванием одной из участниц форума: *«Нельзя считать деньги, когда дело касается будущего ребенка!»*¹ Подобная позиция вполне понятна, ибо, действительно, как можно назвать «цену бесценному»?! Однако в данной работе я все же попытаюсь посчитать, сколько же ныне стоит рождение ребенка, а также проанализировать структуру платежей в современной российской репродуктивной медицине.

Исследование было выполнено методом самоэтнографии. Этот метод предполагает, что в фокусе исследования оказывается собственная жизнь автора. То есть фрагмент биографического опыта исследователя, включая его эмоции и переживания, рассматривается как текст «Другого» (Spry 2001: 710). Позиция исследователя, занимающегося самоэтнографией, существенно отличается от позиции наблюдателя, пусть даже и отчасти участвующего в процессе. Для последнего доминирующей является роль исследователя, и соответственно ситуации, переживаемые ученым, будут детерминироваться исследовательским интересом, а значит, функционировать по другим правилам, нежели события, переживаемые «частным лицом». Данное исследование выросло из моего личного опыта пациентки различных петербургских

¹ Интернет-ресурс www.eva.ru, форум «Хочу ребенка», on-line — июнь 2007.

центров и клиник репродуктивной медицины, как коммерческих/платных, так и государственных, — условно говоря, бесплатных. Во время беременности и первых дней жизни ребенка я вела дневник, где описывала все ситуации взаимодействий с институтом репродуктивной медицины, в частности все события и возникающие взаимоотношения, вовлеченных агентов, пространственную организацию места, где разворачивались события, а также свои эмоции и переживания. Подтверждения или, напротив, опровержения собственных наблюдений и заключений я искала на многочисленных интернетовских женских форумах, где обсуждаются актуальные для участвующих в дискуссиях женщин вопросы и проблемы². Таким образом, я позволила себе обобщить свои наблюдения и выводы, распространив их на сообщество участниц женских интернет-форумов, которые, как правило, относятся к образованному среднему классу.

И еще одно предварительное замечание. Я полагаю, что данная тема требует более масштабного исследования, в частности более обширной базы данных, погружения в дискуссию и серьезную концептуализацию материала. В этой же работе представлены идеи и тезисы, зачастую требующие более основательной аргументации. В этой связи данный текст можно рассматривать в большей степени как эссе, нежели законченное и полноценное исследование.

«Множественные деньги» репродуктивной медицины

Социальные исследователи феномена денег, в отличие от экономистов, рассматривают деньги не как безличный общий знаменатель и абстрактное средство обмена. Деньги оказываются социально обусловленными и в ходе взаимодействий в разных социальных контекстах приобретают разные символические значения и социальные смыслы. Согласно концепции культурного антрополога Вивианы Зелизер, не существует единых, универсальных, всеобщих и анонимных денег, но есть *множественные* деньги: «Люди производят разные денежные средства для многих, а возможно, и для каждого типа социального взаимодействия» (Зелизер 2004: 53).

² В частности, форумы сайтов www.eva.ru, www.littleone.ru, on-line — март 2008.

В рамках института медицины также производятся особые и разнообразные денежные средства. Вообще, пространство медицины, неожиданно для меня, оказалось денежным пространством — деньги в самых разных формах присутствуют там практически повсюду. Достаточно войти в любое из медицинских учреждений, и уже на входе посетители вовлекаются в денежные отношения. Например, близ гардероба обязательно вывешены объявления о стоимости бахил или о размерах штрафа за потерянные номерки, на стойке регистратуры присутствует прейскурант платных услуг, а свободные площади холла больницы или поликлиники становятся торговыми площадками с весьма широким ассортиментом. В этом пространстве функционируют также и «виртуальные», или «суррогатные», деньги, в частности полисы медицинского страхования и родовые сертификаты.

Так или иначе, деньги в медицине присутствуют прежде всего в качестве оплаты услуг. Как показывает мой собственный опыт, деньги приходится платить в самых разных ситуациях и повсюду, в разных структурах — будь это коммерческий центр или бесплатная поликлиника, больница или роддом. Согласно исследованиям современного российского института медицины, в его рамках существует множество форм платежей. Обычно выделяют формальные/формализованные платежи и целый «веер» неформализованных, минующих больничные кассы и идущих непосредственно от пациента врачу (см., напр.: Акопян 2004). Центрами неформализованных платежей в медицине, помимо прочих, являются отделения родовспоможения (Шишкин 2003: 122). Исследователь классифицирует все неформализованные платежи в рамках этого института на основе правил, по которым они осуществляются. Он выделяет платежи «по тарифу», «по возможности», «поборы», «плату по просьбе» и «плату-благодарность» (Там же: 122–123). Мой материал позволяет построить во многом совпадающую, но все же несколько отличную классификацию. Ее основой стали практики обращения с деньгами при оплате той или иной услуги, которые предлагает институт репродуктивной медицины. Зелизер пишет, что «множественные деньги в современном мире могут и не быть столь легко узнаваемы... однако их невидимые границы ничуть не менее ощутимы. Иначе бы как мы, к примеру, отличали взятку от награды или подарка» (Зелизер 2004: 60). Согласно моему исследованию, то, каким образом осуществлялся платеж, т. е. практики обращения с деньгами, отражает смыслы, которые приобретают деньги в момент платежа, влияет или даже определяет отношения врача и

пациента/клиента³. Итак, можно выделить *формализованные, скрытые* и *прямые* платежи. При этом все эти формы платежей в той или иной мере встречаются в самых разных медицинских структурах вне зависимости от их формального статуса.

Формализованные платежи

Формализованные платежи — платежи «через кассу» — наиболее распространены в коммерческих медицинских центрах, хотя и в государственных, или, условно говоря, бесплатных, поликлиниках и ЖК существуют платные услуги, которые, как правило, покупают «сторонние», «не приписанные» к данной структуре посетители.

Такие платежи обычно происходят в специально выделенных, отделенных от медицины местах — в *отделе платных услуг* или *кассе*, расположенных близ регистратуры. Покупка медицинских услуг оказывается сродни покупке в магазине, когда пациентка-покупательница из всего предложенного «ассортимента» выбирает необходимое — анализы, процедуры, консультации специалистов и пр. — и оплачивает свои «покупки» через кассу. Таким образом, здесь в формализованные денежные отношения вовлечены пациентка и «специально обученные люди». При этом деньги оказываются вытесненными из непосредственного общения с одним из «главных действующих лиц» института — врачом, который лишь принимает чеки за «оплаченную покупку».

Все продаваемые медицинские услуги вписаны в прейскурант и имеют определенную стоимость. Правила оплаты здесь прозрачны и понятны всем участникам взаимодействий. Такие денежные отношения становятся своего рода контрактом. При этом строго фиксированные цены и формализация денежных отношений практически не оставляют возможности для «торга», что, впрочем, может расцениваться не только как «минус», но и как «плюс». Например, в женских форумах при обсуждении вопросов о том, надо ли платить в роддоме непо-

³ Я полагаю, в исследуемом случае возможно использовать эти две категории — пациент и клиент — параллельно. С одной стороны, денежные отношения в медицине, безусловно, переводят пациента в иной регистр отношений и он уже становится клиентом, покупающим тут или иную услугу. С другой стороны, даже при условии инкорпорации денег в этот институт, он отнюдь не перестает быть пациентом и его поведение во многом обусловлено именно этой ролью. Далее я буду использовать ту или иную категорию в зависимости от контекстов.

средственно врачам или стоит заранее заключить контракт, довольно часто можно встретить следующие высказывания:

«Я не мучила и не изводила себя вопросами — кому сколько дать. Для этого есть контракт!» или *«Контракт вообще избавляет от всякой головной боли. Там все предусмотрено»* (форум «Хочу ребенка», раздел «Роддома», сайт www.eva.ru, on-line — март 2008 г.; далее — www.eva.ru, on-line — март 2008).

Таким образом, достоинство подобных контрактных отношений — в их определенности, и прежде всего в определенности в сфере денежных отношений.

Я полагаю, что формализованные денежные отношения в некоторой степени переопределяют сферы ответственности между врачом и пациенткой. Так, пациентка, распоряжающаяся своими финансами, исходит не только из потребностей, но и из финансовых возможностей. В такой ситуации предложения врача по продаже, скажем, своих консультаций или определенных анализов и процедур возможно рассматривать не только как медицинское назначение, но и как рыночное предложение, переводящее *врачебное предписание* в *рекомендацию*. Как показывают мои наблюдения, услуги в медицинских центрах и женских консультациях оплачиваются не постфактум, а заранее. В данном случае чрезвычайно важный момент состоит в том, что итоговое решение о покупке той или иной медицинской услуги пациентка принимает у стойки кассы, где вывешен прейскурант. В подобной ситуации пациентка может отчасти (но лишь отчасти!) уйти из-под контроля и давления «власти эксперта» и выступать более в роли покупателя, клиента, нежели «больного», общающегося с врачом. Таким образом, ответственность за принятие решений ложится в большей мере на саму пациентку и соответственно мера ее ответственности за себя и свое лечение возрастает. Подобные формализованные платежи, на мой взгляд, имеют еще один важный социальный и даже медицинский эффект — они производят некую фрагментацию процессов обследования или лечения, ибо здесь он опосредуется и/или детерминируется чередой платежей.

При формализованном платеже клиент медицинского учреждения не покупает внимание или особое отношение к себе, но лишь конкретную медицинскую услугу, обозначенную в прейскуранте. Формализованный платеж скорее интерпретируется как «дань» структуре:

Вы знаете, сколько им [врачам и акушеркам в роддоме] наших денег достается? В лучшем случае процентов 10 из того, что мы платим. О каком особом внимании может идти речь?! (www.eva.ru, on-line — март 2008).

Здесь деньги остаются за пределами взаимодействий «главных действующих лиц», и их отсутствие убирает некую «интимность» в отношениях между ними, характерную для иных видов платежей. Личные отношения и соответственно столь ожидаемое со стороны пациенток повышенное внимание к ним и их проблемам, согласно моим наблюдениям, выстраиваются не столь часто, или они возникают на иных основаниях, например как результат длительности общения.

Скрытые платежи

Для объяснения того, что я понимаю под скрытыми, завуалированными, замаскированными (здесь может идти достаточно богатый синонимический ряд) платежами, приведу обширную цитату из моего дневника наблюдений в больнице:

Моя суперактивная двоюродная сестра заявила, что я должна обязательно дать деньги своему лечащему врачу. Сумму я обсуждала с ней и с подругами, и как-то все решили, что «тысячи будет достаточно». А моя двоюродная сестра предложила эту сумму обсудить с самим врачом. Надо сказать, что опыта «давать деньги» у меня не было никакого, и чувствовала [я] себя довольно неловко. Продумывала заранее речь, готовилась. Я заранее подготовила купюру, и когда в третий день моего пребывания в больнице Л. в очередной раз зашла ко мне в палату, я что-то сбивчиво стала говорить, что верю в профессионализм, и что каждая работа должна оплачиваться, и что хочу отблагодарить ее. Л. так же сбивчиво стала отвечать: «Ой, да ну что вы! Мы же всем стараемся помочь. Я даже покраснела, видите! Ну положите мне в карман». Я лежала в этот момент, а она стояла надо мной, и я как-то суетливо запихнула ей эти деньги в карман. И у меня осталось какое-то чувство неловкости. Кстати, я полагаю, что все было бы удобнее и органичнее, что ли, если бы я давала деньги в ее кабинете и в конверте, а не в «положении лежа» смятую купюру. Или если бы это делал «проводник», а не сам пациент. А так разыгралась сцена «неловкой ситуации». Кстати, при ее реакции — «мне неудобно» — наверное, обсуждать

сумму и затем отсчитывать ее из кошелька было бы довольно сложно (из дневника наблюдений, запись от 26.01.2006).

Подобные платежи, будучи наследием советской системы, чаще всего практикуются в государственных медицинских структурах, однако встречаются и в коммерческих. Они предполагают некую маскировку денег, их как бы прячут, удаляют из зоны видимости, заменяют на суррогаты, и пр. Существует множество различных манипуляций с самими деньгами — их по-разному оформляют («в конверте» или более откровенно, «в открытую»); их по-разному передают («без свидетелей», напрямую, или через «доверенных лиц»); платеж может производиться деньгами или же может «материально воплощаться», превращаясь в букет цветов, конфеты, алкоголь или, скажем, в пачку чая — здесь список бесконечно открыт. Так, мне известен случай, когда врачу «дали» рюкзак⁴. В данном случае важно, что такие денежные отношения связывают пациентку и врача «напрямую», они не опосредуются формальными структурами института.

Инициатива подобных платежей, как правило, исходит от пациентки, ибо оплачивается не какая-то конкретная услуга, но посредством такого платежа пациентка привлекает к себе внимание, «заявляет» о себе. При этом «товарно-денежные» отношения между врачом и пациенткой в данном случае отнюдь не являются «контрактными». Скрытые платежи вводят врача и пациентку в пространство неопределенности, это пространство намеков и непроговоренных ожиданий, ибо скрытость самого платежа закрывает возможность каких бы то ни было открытых переговоров и договоров. Неопределенность в данном случае значительно повышает сами затраты. Прежде всего, неизвестно, что в конечном итоге будет приобретено — скрытые платежи чаще всего происходят до самой «покупки». Например, в больнице я давала деньги врачу еще до того, как она уделила мне ожидаемое персонифицированное внимание. Знать заранее, будет ли такое внимание, устроит ли оно меня в принципе, — невозможно. В данном случае контроль над ситуацией со стороны пациентки практически отсутствует.

Для меня скрытые платежи зачастую оказывались абсолютно пустыми тратами. Так, я шла к участковому врачу на прием с букетом

⁴ К сожалению, данное исследование не позволяет выявить отличия денежных и немонетарных платежей, выплачиваемых в виде подарков. Хотя, безусловно, такие отличия существуют.

цветов и просьбой, как мне казалось, об «экстра-услуге» с ее стороны — направлении на бесплатное обследование в другую медицинскую структуру. Однако совершенно неожиданно она предложила его мне сама, без всякой просьбы с моей стороны.

При скрытых платежах, конечно, отсутствуют фиксированные цены. Да и как в принципе возможно измерить «внимание врача», определить стоимость такой «услуги»? Так как инициатива исходит от пациентки, то она должна сама заранее определить, знать стоимость того, что предполагает приобрести. Я помню очередную, на мой взгляд нелепую, ситуацию в роддоме, когда на мой прямой вопрос о том, сколько я должна заплатить, врач, принимавшая роды, отреагировала: «Ну сколько не жалко!», и терпеливо ждала. Возможности тотчас «залезть в интернет» или обсудить сумму со «знающими людьми» — а рыночный мониторинг, как оказалось, надо было проводить заранее! — не было. Оттого сначала я заплатила одну сумму денег и чуть позже, посчитав ее маленькой, доплатила. При этом испытывала жуткий дискомфорт, ибо, с одной стороны, мне казалось, что в данной ситуации абсолютно «неуместно» экономить и «нельзя недоплатить», с другой — я была ограничена в ресурсах. И в результате оказалось, что я заплатила «выше среднего». Таким образом, подобные скрытые платежи стали самой затратной статьёй расходов. Несмотря на то что суммы в большинстве случаев были не слишком большими, «приобретенное» зачастую отнюдь не соответствовало затратам.

Скрытые платежи оказываются скрытыми и в открытой дискуссии — в женских интернет-форумах. Точнее, они не скрыты, но для обозначения подобных платежей используются эвфемизмы, самый распространенный из которых — *благодарность*:

Врача надо поблагодарить деньгами. Но надо заранее намекнуть, что мы отблагодарим (www.eva.ru, on-line — март 2008).

Изначально я предположила, что такой скрытый платеж сродни московскому *дару* (Мосс, 1996). Так, сама передача денег, несмотря на возможное разнообразие форм, значительно ритуализирована, ибо сопровождается определенными правилами и фразами, понятными и прочитываемыми всеми участниками взаимодействия, а само «действие» наделяется особыми смыслами, я бы даже сказала, смыслами инициации, после которой происходит некое «породнение» с врачом. Однако в случае скрытых платежей *обмена* как такового не происходит, ибо

столь ожидаемые со стороны пациентки отношения взаимозависимости, характерные для *дара*, практически не возникают. Так, согласно моим наблюдениям, *благодарность* практически не переопределяет профессиональной ответственности врача. Неопределенность того, что предполагает купить пациентка, оборачивается неопределенностью обязательств со стороны врача, при этом механизмы контроля и воздействия практически отсутствуют.

Совершенно очевидно, что скрытые платежи — наследие советского прошлого с его квазирыночными отношениями, которое, вероятно, постепенно исчезнет:

Давать — это совковая ментальность. Я вот дала денег врачу, но не было никакого внимания! Я могла бы потратить эти деньги более эффективно... (www.eva.ru, on-line — март 2008).

Однако в репродуктивной медицине существует своя специфика скрытых платежей, которая, на мой взгляд, связана с «таинством» рождения ребенка и трансформирующая их все более и более в определенную традицию. Наиболее яркий пример тому — практики «подношений» или «выкупа», происходящие во время выписки мамы с новорожденным из роддома. Такие платежи сродни ритуалам и сопровождаются определенными церемониями. Они, по сути, маркируют «выход» ребенка в «социальное» и оттого наделяются пациентками особыми, я бы даже сказала мистическими, значениями. Соседка по палате сказала мне:

Я понимаю, что медсестра, которая всего лишь вынесет к моим ребенка, вообще не заработала этих денег или, там, конфеты — что мы ей решим подарить?! Но это для меня самой очень важно. Это как страховка, что с ребенком все будет в порядке. Ну, как на всякий случай, кто его знает?..

Прямые платежи

Как показало мое самоэтнографическое исследование, наиболее эффективными и действенными в исследуемом институте оказываются *прямые платежи*. При такой форме платежа оплата производится непосредственно врачу. При этом в отличие от предыдущего случая этот платеж не скрывается и не маскируется. Например, «мой» врач,

работающий в коммерческой структуре, когда делал мне какие-либо назначения — процедуру узи, анализы, предлагал свои консультации и консультации других специалистов и пр., — не просто подробно объяснял их необходимость, но тут же называл их стоимость. При расплате за такие услуги я спокойно доставала кошелек, отсчитывала необходимую сумму, принимала от врача сдачу. То есть это был прямой и открытый платеж, однако, в отличие от формализованных платежей, он шел непосредственно врачу, что называется, «мимо кассы». Необходимо отметить, что и в государственных клиниках я сталкивалась или, точнее, сама принимала участие в подобных платежах. При этом они отнюдь не воспринимаются как нечто не совсем законное, но как нормальные контрактные отношения без посредников и «лишних телодвижений».

Как правило, цена покупаемых таким образом медицинских услуг соответствует или несколько ниже цены, обозначенной в прейскуранте той структуры, в которой происходит платеж. В большинстве случаев она фиксирована, вполне ожидаема и оттого воспринимается как приемлемая. Мне представляется, что наиболее очевидное преимущество подобных платежей — это финансовая определенность, отсутствие которой в предыдущем случае вызывало сильный дискомфорт. Итак, прямой платеж — это некий контракт, условия которого прозрачны и понятны «обеим сторонам».

Объяснение причины появления подобных платежей я встретила в уже неоднократно упомянутой мной дискуссии на женском интернет-форуме. Одна из участниц дискуссии пишет о том, каким образом лучше расплачиваться в роддоме:

*От контракта в 45 тысяч врачу достается 1500, анестезиологу 500, акушерке 200. Им передают копейки! Вот и подумайте, **заинтересованы** ли они?*⁵ (www.eva.ru, on-line — март 2008).

Слово *заинтересованность* здесь становится ключевой категорией, объясняющей, расшифровывающей смыслы, приписываемые прямым платежам.

Несмотря на тот факт, что практика прямых платежей предполагает оплату вполне конкретных услуг, стратегически она нацелена на выстраивание долгосрочных отношений именно с тем врачом, кото-

⁵ Выделено автором высказывания.

рому платишь «здесь и сейчас». В этом смысле подобный платеж становится неким авансом, вкладом в будущее. При этом, в отличие от скрытых платежей, которые тоже в общем-то «ориентированы в будущее», здесь взаимные обязательства и ожидания сформулированы более четко. Практика подобных платежей задает определенный формат отношений между врачом и пациенткой, при котором пациентка превращается в «свою пациентку», а врач — в «своего врача»⁶. Это, прежде всего, доверительные и даже отчасти личные отношения. Так, «мой врач», со временем стал звать меня на «ты» и по имени, в ходе приема стал чаще говорить на сторонние, отвлеченные темы. Переломным, знаковым для меня стал момент, когда «мой врач» дал мне свой номер мобильного телефона с предложением «звонить в любое время, если что-то беспокоит». На мой взгляд, этот «жест» свидетельствует прежде всего о расширении зоны ответственности врача, ибо теперь он «отвечал» за меня не только «от приема к приему», но буквально «все время». Кстати, как показывают наблюдения и дискуссии в интернете, практика давать пациенткам свой номер мобильного телефона ныне действительно распространена.

Быть «своей» пациенткой означает не только длительные и доверительные отношения. Это также значит быть включенной в сложные внутренние отношения института, в частности в систему личных взаимозачетов врачей. Так, «мой врач», направляя меня на консультации к другим специалистам или, скажем, на процедуру узи, при мне звонил своим коллегам, начиная разговор словами: «Девочку мою пригонишь?» А в продолжение разговора зачастую звучало: «Да-да. Присылай свою!..» Позиция «быть своей» имеет дополнительные бонусы. Я помню свое раздражение, когда, заплатив немалые деньги за прием, сидишь в ожидании приема в какой-либо кабинет, а туда потоком идут «люди в белых халатах», проводя кого-либо в обход общей очереди. В то же время быть в позиции тех, кого «приводили», оказалось очень удобно. Минусом такой системы может быть некая замкнутость социальной сети, когда в среде врачей тебя направляют исключительно к «своим». В данном случае сложно выйти из нее, найти собственную альтернативу, ибо выход «из сети» в конечном итоге означает переопределение отношений доверия.

⁶ Формат отношений «свой врач» и «свой пациент» не обязательно предполагает практику прямых платежей. Скорее справедлива обратная связь — прямые платежи формируют отношения «своих».

Здесь необходимо заметить, что невозможно однозначно сказать, практика ли прямых платежей делает отношения с врачом более доверительными или, напротив, доверие по отношению друг к другу провоцирует появление практики прямых платежей. Очевидно, это одновременный общий процесс формирования определенного типа отношений между врачом и пациенткой. Важно, что денежные отношения органично вписываются, вплетены в формат отношений врач—пациент. При этом пациентка покупает не только конкретную медицинскую услугу, как это бывает при формализованных платежах, не только некое абстрактное и трудно контролируемое «внимание», оплачиваемое скрытыми платежами, но прежде всего бóльшую врачебную ответственность, достигаемую при помощи длительных и доверительных отношений.

Таким образом, как показало мое самоэтнографическое исследование, прямые платежи — легитимный, наиболее эффективный и удобный для пациентки механизм денежных отношений с врачами. И лишнее подтверждение тому — совет одного из популярных глянцевого женских журналов, точнее «журналов для мам»:

За оплачиваемую медицинскую помощь вы вправе требовать предельно вежливого обращения, но стоит учитывать, что платность услуг отнюдь не является гарантией хорошего качества их оказания... Проще, дешевле и эффективнее договориться непосредственно с врачом, который будет принимать у вас роды (Горшкова 2005).

Итак, выше я попыталась описать три формы платежей, существующих ныне в институте репродуктивной медицины. При этом формализованные и скрытые платежи, по сути, оказываются явлением одного порядка, ибо они вытесняют или маскируют денежные отношения врача и пациентки, в то время как практика прямых платежей делает их явными. Безусловно, как и во всяких классификациях, были выделены скорее идеальные типы платежей. В реальной жизни они зачастую пересекаются, перетекают друг в друга или комбинируются. Например, деньги, которые я заплатила врачу в роддоме, можно в равной степени интерпретировать как скрытый и как прямой платеж, ибо, с одной стороны, «контракта», точнее предварительной договоренности, не было, стоимость услуги мне пришлось «придумывать» самой, с другой — все манипуляции с деньгами, да и сам разговор о деньгах велся

открыто. Я полагаю, что современная ситуация в отечественной медицине провоцирует появление и даже закрепляет практику прямых платежей. Так, при длительных отношениях врача и пациентки, что особенно характерно для репродуктивной медицины при так называемом ведении беременности, формализованные платежи могут постепенно вытесняться прямыми. При прямых платежах происходит некоторая рационализация действий, исключаются посредники, экономится время и пр., ибо проще и быстрее (безусловно, при согласии врача) оплатить медицинскую услугу непосредственно тому, кто эту услугу предоставляет⁷. В то же время, согласно моим наблюдениям, практика скрытых платежей также трансформируется и «замаскированные» платежи постепенно становятся более открытыми и конкретными. Длительное и тесное общение инкорпорирует, позволяет открыто вписать деньги в отношения «главных действующих лиц» структуры. Я полагаю, возможно даже говорить о некоей «денежной карьере» пациентки, сопряженной с ее общей «карьерой» становления «своей» в рамках этого социального института. И «вершиной» такой карьеры можно считать «право» на практику прямых платежей.

Итак, пространство института медицины — это денежное пространство, деньги и денежные отношения присутствуют там достаточно активно. При этом деньги «сами по себе» — анонимные, без персонализации, маскируемые и проходящие череду посредников — не столь эффективны. В данной структуре деньги «работают», будучи инкорпорированными непосредственно в отношения врач—клиент. Они переопределяют ответственности и создают определенные механизмы взаимного контроля. Данное исследование, на мой взгляд, является еще одной иллюстрацией к тезису В. Зелизер о том, что деньги отнюдь не несут с собой «...разрушения, неизбежно заменяя личные связи калькулятивными инструментальными отношениями, пропитывая культурные смыслы материалистической заинтересованностью» (Зелизер 2004: 31), ибо в исследуемом случае деньги, напротив, создают условия для появления особых — личностных и в то же время дистанцированных и ответственных — отношений между врачом и пациенткой.

⁷ Для полноты картины необходимо исследовать и «другую сторону» — перспективу врачей, их практики «приема платежей» и отношения с пациентами. Однако это задача отдельного большого исследования.

«Товары» репродуктивной медицины

Практически все вышесказанное справедливо почти для всех отраслей медицины. И в определенном смысле использование женского рода в слове «пациент» оказывается лишь «данью» теме. Очевидно, специфику исследуемой структуры возможно определить, анализируя, что же ныне «предлагает» репродуктивная медицина своим клиентам в качестве товара и что соответственно «покупает» беременная пациентка. Далее я коротко рассмотрю обе эти перспективы.

Итак, что предлагает «купить» репродуктивная медицина? Как пишет И. Михель, «в век изменяющихся экономических отношений отечественные роддома оказались вынуждены освоить нехитрый язык бизнеса и позиционировать себя как поставщиков специфических медицинских услуг» (Михель 2007: 102). Я полагаю, что рекламные стратегии позволяют реконструировать разнообразие услуг, которые предлагает репродуктивная медицина. Безусловно, в каждой конкретной структуре существует своя специфика — будь это коммерческий центр или государственное учреждение, ЖК или же роддом. Однако возможно выделить нечто общее, что, помимо особого экспертного знания и конкретных медицинских манипуляций, в той или иной мере предлагают «к продаже» разные структуры исследуемого института.

Прежде всего, продается профессионализм. И обозначение профессионализма идет с привлечением маркеров академических и профессиональных статусов врача. Так, на талончиках, табло расписания работы или же на визитках врачей, как правило, обозначено: «кандидат медицинских наук», «врач первой категории», «заведующий отделением» и пр. Рекламные сайты различных медицинских структур содержат информацию об академической деятельности врачей (публикациях, участии в конференциях, и пр.), их зарубежных стажировках и т. д.

Не менее активно, и при этом более откровенно, репродуктивная медицина предлагает комфорт. Достаточно просмотреть рекламы родильных домов или коммерческих репродуктивных центров (см., напр., сайты: www.rd2.ru, www.roddom9spb.ru, www.ava_peter.ru и др.), чтобы увидеть, что пациенткам предлагается уютный интерьер, отсутствие очередей, безопасность, отремонтированные туалеты, и пр. Здесь можно выделить два направления, по которым развиваются услуги *комфорта*. Первое — все более расширяющийся ассортимент предостав-

ляемых услуг; в частности, поликлиники и роддома уже предлагают услуги парикмахера и косметолога, доступ к интернету и пр. Второе направление — создание «домашней обстановки», предполагающей не только «одомашнивание интерьера». Зачастую «дом» как бы впускают в медицинские стены. Так, ныне на прием к врачу в репродуктивные центры нередко ходят именно семейные пары, в роддомах не только разрешены присутствие при родах и визиты родственников, но даже создаются так называемые семейные палаты.

Весьма специфичной услугой в случае беременности является «продажа» позитивных эмоций. В качестве иллюстрации хочется привести рекламный ролик клиники N, в котором показательно уже само его название: «Клиника N — остров счастливого материнства». В этом ролике под сопровождение легкой релаксационной музыки демонстрируются комфортные палаты и кафе. При этом в нем без конца акцентируются счастливые — улыбающиеся или умиротворенные — лица будущих матерей и медицинских работников. Кстати, это мое наблюдение подтверждается исследованием И. Михель, которая пишет про роддом: «Рекламные фотоматериалы роддома — совершенно стерильные изображения... Человеческие индивиды там слишком счастливы, гламурны, нереальны» (Михель 2007: 105–106). В описываемом мною ролике практически нет «медицинских» картинок. Они появляются только в момент, когда демонстрируется сама ситуация родов, да и то эти кадры вполне щадящие — общая панорама родильной комнаты, сосредоточенные лица врачей, а затем уже чудесным образом появившийся ребенок в их руках. В данном случае репродуктивный центр представлен не столько как медицинское учреждение, т. е. в качестве места предоставления медицинских услуг, «преодоления болезни», сколько как место отдыха и получения удовольствия, места, где «наступает счастье».

В последнее время репродуктивная медицина предлагает не только и не столько простой перечень услуг, но уже сформулированную концепцию, «идеологически» поддерживающую и объединяющую эти услуги. Например, роддом М. рекламирует себя как место, «**доброжелательное к ребенку**». Зачастую, такие отличительные концепции выстраиваются вокруг специальных техник родов («естественные вертикальные роды», «роды в воду») и особых правил и техник по уходу за новорожденным («раннее прикладывание к груди», «совместные палаты “Мать и дитя”» и пр.). В роддоме, в котором я рожала

ребенка, основным лозунгом стало высказывание: «У нас все естественно. Природа свое возьмет!», рефреном звучащее в устах всего медицинского персонала. Кстати, такое высказывание, по сути, переопределяет значимость и соответственно сферы влияния медицины и природы в пользу последней: если «все решает природа», то к чему тогда медицина?

Для меня остается исследовательским вопросом — свидетельствует ли появление новых концепций и идеологий о том, что происходит постепенное переопределение беременности как медицинского диагноза, ее демедицинализация; или же репродуктивная медицина «применяет новые одежды», по сути, оставаясь прежней — контролирующей и дисциплинирующей женское тело? Возможны и другие варианты объяснений. В любом случае ответ на этот вопрос — задача дальнейших исследований.

Не менее важно понять, что же «покупает» сама беременная женщина, регулярно посещая медицинские учреждения. Источником информации о том, что «покупают» пациентки у института репродуктивной медицины, помимо рефлексии собственного опыта, стали женские дискуссии, разворачивающиеся в интернете и посвященные обсуждению, как и какого врача выбрать для «ведения беременности», в каком роддоме и «у кого» рожать, и пр.

Как показывает исследование, у пациенток существует спрос на несколько иной «товар», нежели тот, который им предлагается. Так, профессионализм врачей, конечно же, интересует пациенток. Однако оказываются важны совершенно иные его маркеры и свидетельства — не академический статус или место в институтской иерархии, но, скажем, опыт работы в той или иной структуре или рекомендации тех, кто уже пользовался услугами того или иного врача.

Комфорт, предлагаемый разными медицинскими учреждениями, также может прочитываться иначе, наделяться иными смыслами. Так, находясь в больнице и в роддоме, я дважды оплачивала пребывание в так называемых коммерческих палатах, которые рассчитаны не на шесть человек, а на одну или двух пациенток. В данном случае для меня был важен не столько комфорт окружающей обстановки, так активно рекламируемый клиниками, сколько создание хоть какого-то приватного пространства. К тому же пациентки коммерческих палат в роддоме, в отличие от других пациенток, имели привилегированное право на визиты родственников и друзей. Таким образом, я покупала

еще и относительную свободу, и прежде всего свободу от принудительной, дисциплинирующей силы института медицины, которую теперь можно приобрести «за деньги».

Согласно моим наблюдениям, беременная женщина также «покупает» и особую «идеологию», концепцию репродуктивной клиники. Безусловно, она ищет приемлемые для себя способы рождения ребенка или техники по уходу за новорожденным в клинике. При этом более значимым оказывается поиск «своего врача», который мог бы предложить такую предпочтительную технику или, говоря более широко, концепцию. Так, в женских интернет-форумах дискуссии о том, «куда идти “наблюдаться”» или «куда идти рожать», неизменно переориентируются на вопрос «к кому...» — к какому конкретному врачу. Про персонализацию отношений с врачами я писала выше. Подчеркну лишь, что деньги оплачивают не столько особое внимание, сколько сформулированную, продемонстрированную врачом персонализированную ответственность.

Так или иначе, несмотря на некоторый смысловой разрыв в понимании того, что «продает» институт репродуктивной медицины и что «покупает» беременная пациентка, они вступают между собой в товарно-денежные отношения. Сейчас возможно зафиксировать появление нового дискурса, в рамках которого репродуктивная медицина оказывается во власти «языка рынка». Ныне в этом пространстве действуют уже не просто врач и пациентка, но «продавец» и «покупатель». И можно предположить, что рыночный дискурс в этих стенах начнет их медленную «перестройку», что в конечном итоге определенным образом трансформирует сам институт медицины. Каким образом он будет трансформироваться и во что выльются подобные преобразования — вопрос времени и дальнейших исследований.

Экономика счастья (вместо заключения)⁸

Дети — удовольствие дорогое. Вы это поймете сразу, как только забеременеете. Специальные курсы, гимнастика, плавание, правильное питание, витамины и медпрепараты вкупе со сменой гардероба потребуют серьезных затрат. Да и сами роды... Несмотря на то, что как и любая экстренная помощь, роды бесплатны, раскошелиться все же придется...

Журнал «Мой ребенок», декабрь 2005, с. 38.

В заключение попробую произвести калькуляцию «дорогого удовольствия» — медицинских затрат на беременность. Необходимо заметить, что данные расчеты весьма приблизительны, они во многом сделаны постфактум, по памяти. Как оказалось, даже несмотря на то, что я регулярно вела записи в дневнике наблюдений, отчего-то цифры в моих записях зафиксированы не всегда. Зачастую я не «замечала» эту информацию — вложения казались либо незначительными, либо «естественными» и оттого были мне «не видны». И сейчас я произвожу общие подсчеты с неохотой, с одной стороны, ожидая, что в результате калькуляции я получу сумму, которая из сегодняшней перспективы покажется непомерно и неоправданно большой. С другой стороны, мне все также непросто считать деньги в отношении ребенка: это по-прежнему кажется «неправильным», ибо к чему измерять цену «удовольствия и эмоционального удовлетворения», связанного с желанным материнством?!⁹ Итак, все-таки сколько стоит рождение ребенка?¹⁰

В ЖК, где я «состояла на учете» в течение семи месяцев беременности, крупных трат практически не было. При этом я регулярно тра-

⁸ Я благодарна А. Тёмкиной за идею этого названия.

⁹ «Повсюду в развивающемся мире... до прошлого века, к детям относились как к главному экономическому активу. Сейчас дети ценятся не столько по экономическим причинам. Удовольствие и эмоциональное удовлетворение, теплые отношения, которые приходят в семью вместе с детьми, — один из главных источников удовлетворения в браке для большинства пар; кроме того, дети являются стимулом и приносят радость, цель в жизни, ощущения взрослости, зрелости и успеха» (Фернам 2006: 293).

¹⁰ Все цены указаны на первую половину 2006 г.

тила небольшие суммы на покупку бахил, оплачивала стерильные перчатки и одноразовые шприцы, необходимые для осмотров и анализов. И за весь период беременности в ЖК на эти нужды я потратила не более 300 руб. Кроме того, я изредка совершала так называемые скрытые платежи — дарила своему участковому врачу цветы, чай, конфеты, что примерно составило около 500 руб.

Помимо участкового врача в ЖК, я посещала «своего» врача, работающего в коммерческом репродуктивном центре. Естественно, все визиты были платными. Стоимость каждой консультации составляла 500 руб. Как правило, я посещала этого врача два-три раза в месяц. Итого за весь период беременности я потратила примерно 11 тыс. руб. Ну и на бахилы соответственно ушло около 150 руб.

Правила медицинского «ведения беременности» требуют от пациентки профилактических осмотров у других специалистов, в частности терапевта, отоларинголога, окулиста и стоматолога. И так как моя поликлиника, куда я «приписана» и где я могла бы посетить этих специалистов бесплатно, расположена не слишком удобно — отнюдь не на пути «дом—работа», — то визит к этим врачам в другой структуре стал для меня платным. В общей сложности за эти визиты я заплатила 2 тыс. руб.

Во время беременности мне трижды пришлось находиться в стационаре. Первый раз — в «обыкновенной» больнице и два следующих в так называемом дневном стационаре. Первый стационар «стоил»: 6,5 тыс. руб. — за коммерческую палату; 2 тыс. руб. — «благодарность» врачу и 1 тыс. руб. — «благодарность» медсестрам. Во второй раз я не захотела ложиться в больницу и договорилась с больничными врачами, что буду приходить туда лишь в первой половине дня с тем, чтобы они контролировали мое состояние и делали капельницы, а затем уходить домой. Такой «договор» с врачами стоил 4 тыс. руб. И последний мой дневной стационар в ЖК «стоил» гораздо дешевле — бутылку вина (500 руб.), системы для капельниц плюс резиновые перчатки (весь «набор» — около 600 руб.).

Значительная часть трат была связана с медикаментозной поддержкой беременности. На лекарства, с учетом того, что и в стационары я покупала все сама, ушло более 4 тыс. руб. Кроме того, мне было рекомендовано регулярно пить витамины, на которые уходило около 450 руб. в месяц, итого за время беременности — 3,6 тыс. руб.

Мониторинг моего состояния и состояния будущего ребенка, пожалуй, оказался наиболее затратной статьей. Так, во время беременно-

сти мне делали так называемую процедуру пренатальной диагностики, стоимостью 3 тыс. руб. Несколько раз я была на процедуре узи: три раза процедура стоила по 600 руб. и одна — 2 тыс. руб. Кроме того, в последний месяц беременности мне трижды делали так называемый доплер — процедура, на мой непрофессиональный взгляд, похожая на узи, но для меня отличающаяся прежде всего ценой. Так, каждая из процедур стоила 1,1 тыс. руб. К тому же я, помимо бесплатных анализов в ЖК, по назначению «своего» врача из коммерческой структуры регулярно сдавала анализы в платном центре. На такие анализы было потрачено всего около 3 тыс. руб.

Наконец, в роддоме я «оставила» 24,8 тыс. руб., из них: 15 тыс. руб. — плата врачу, 8,5 — за коммерческую палату (за две недели), 1 тыс. руб. — «благодарность» медсестрам и примерно на 300 руб. были куплены подарки медсестре при выписке из роддома.

Итак, я заплатила институту репродуктивной медицины приблизительно 74 тыс. руб., из которых 49 тыс. было потрачено на «ведение беременности» и 24,8 — непосредственно на рождение ребенка. Вероятно, организовать ведение беременности и рождение ребенка можно было бы более экономно, так же, впрочем, как и более затратно. Однако опыт моих знакомых и информация, почерпнутая из петербургского женского интернет-портала (www.littleone.ru, рубрика «Сколько стоит родить в Санкт-Петербурге»), дают примерно ту же ценовую картину.

Меня лично в этих цифрах удивило, что на «ведение беременности» затрачено в два раза больше, нежели на роды. При этом консультации экспертов и медикаментозная коррекция процесса потребовали меньше затрат, нежели различные анализы и ультразвуковые исследования. Итак, основные деньги были потрачены на то, чтобы отслеживать и нормализовать «беременные изменения». Затраты на такой мониторинг, я полагаю, можно расценивать как специфические платежи в репродуктивной медицине. Вложения в процесс медицинского «ведения беременности», по сути, становятся «деньгами на ребенка», теми самыми, которые «нельзя считать». Беременные женщины, будучи *не больными*, обращаются к медицине, пытаясь отследить и нормализовать развитие будущего ребенка. При этом желание контролировать ситуацию и, как следствие, быть более автономной еще больше вовлекает, привязывает беременную женщину к самым разным структурам исследуемого института. Так, например, я, как, впрочем, и многие «коллеги по цеху», попыталась расширить медицинские

экспертные сети — посещала и врача из ЖК, и врача из коммерческой структуры. При этом разные структуры предлагали разные стратегии нормализации беременности. В ЖК откровенно доминировал «количественный» подход. Так, каждое посещение врача начиналось отнюдь не вопросом о самочувствии, но словами: «Взвешиваемся!». Потом меня всячески измеряли, проверяли результаты предыдущих анализов и назначали следующие. В коммерческом центре, конечно, тоже назначались анализы, однако акценты во время приема были иные: со мной много разговаривали и заключительная фраза всегда была: «Какие вопросы?». В данном случае мой собственный мониторинг был связан не с наблюдением за изменениями тела, но с получением информации.

Значительная часть общей суммы была израсходована на покупку «комфорта», в частности на так называемые коммерческие палаты в стационаре и роддоме. Конечно, эта статья расходов могла быть гораздо менее затратной. Однако в данном случае я отнюдь не покупала «комфорт», столь активно предлагаемый институтом, но я как бы «откупалась» от самого института, приобретая некую свободу — «свободу быть одной» и «свободу передвижений» (мою и моих визитеров). Оттого эти траты и ныне не интерпретируются как избыточные.

Безусловно, сейчас, спустя некоторое время, мне довольно сложно распределить все платежи по предложенной мной же классификационной схеме. Тем не менее я для наглядности (но с изрядной долей условности) попробую все данные свести в одну таблицу.

Итак, несмотря на эффективность прямых платежей, затраты на них оказались наименьшими по сравнению с другими видами выплат. Гораздо больше средств потребовали платежи формализованные. Возможно, подобный расклад вызван тем, что во время беременности я более активно пользовалась услугами коммерческих центров. Кроме того, подобные платежи все-таки не слишком распространены, ибо, по сути, они являются теневой, нелегальной практикой в рамках института. Тем не менее данные моего исследования позволяют говорить о том, что прямые платежи играют очень важную роль в установлении доверительных отношений между врачом и пациентом, и, что более важно, ныне они становятся наиболее эффективным механизмом по формированию долгосрочной и персонализированной ответственности врача.

Таблица

**Платежи в учреждениях репродуктивной медицины
в период беременности и родов**

Тип обследования	Платежи, руб.			
	формализованные	скрытые	прямые	итого
Женская консультация врач		500		500
Коммерческий центр «свой» врач консультации других специалистов	6000 2000		5000	13000
Роддом врач медсестры «комфорт» (коммерческая палата)	8500	15000 1300		24800
Стационарное лечение 1) больница врач медсестры «комфорт» (коммерческая палата) 2) дневной стационар больницы врач 3) дневной стационар ЖК медсестра	6500	2000 1000 500	4000	14000
Мониторинг состояния пренатальная диагностика узи анализы	3000 1800 3000		5300	13100
Медикаментозная поддержка и необходимое «оборудование» лекарства витамины «оборудование»	4000 3600 1050			8650
<i>Итого</i>	39450	20300	14300	74050

P.S. Закончить статью мне хотелось бы двумя цитатами, двумя «мудростями» — книжной и «жизненной». Уже упомянутый выше журнал «Мой ребенок» (декабрь 2005) предупреждает: «*Сколько бы денег ни потратили вы на то, чтобы ребенок появился на свет, в дальнейшем он обойдется вам еще дороже...*» Вторую я услышала из уст своего начальника. Когда я посоветовала, что беременность как-то уж очень дорого стоит, то в ответ услышала: «*Подожди, в ближайшие лет двадцать все будет только хуже!...*»

Литература

- Акопян А. (2004). Здоровоохранение в рыночной России, *Общественные науки и современность*, № 6, с. 56–67.
- Горшкова Л. (2005). Время рожать: Где, с кем и как? (обзор), *Мой ребенок*, декабрь.
- Зелизер В. (2004). *Социальное значение денег: деньги на булавки, чеки, пособия по бедности и другие денежные единицы*, В.В. Радаев, науч. ред.; пер. с англ. А. Смирнова и М. Добряковой. М.: Дом интеллектуальной книги: Издательский дом ГУ-ВШЭ.
- Михель И. (2007). Женщина в роддоме: увидеть невидимое глазами фотографов, в кн.: Е. Ярская-Смирнова, П. Романов, В. Круткин, ред., *Визуальная антропология: новые взгляды на социальную реальность*: Сборник научных статей. Саратов: Научная книга, с. 102–122.
- Мосс М. (1996). *Очерк о даре. Общества. Обмен. Личность: Труды по социальной антропологии*. М.: Восточная литература, РАН.
- Фернам А. (2006). *Деньги. Секреты психологии денег и финансового поведения*, под общ. ред. А. Алексеева. СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК.
- Шишкин С. (2003). Бесплатное здравоохранение: Состояние и проблемы, *Журнал исследований социальной политики*, т. 1(1), с. 107–127.
- Spry T. (2001). Performing Autoethnography: an Embodied Methodological Praxis, *Qualitative Inquiry*, vol. 7, N 6, p. 706–723.

Интернет-ресурсы

www.eva.ru (on-line — июнь 2007, март 2008); www.littleone.ru, www.rd2.ru, www.ava_peter.ru, www.roddom9spb.ru (все on-line — март 2008).

Дарья Одинцова
**«КУЛЬТУРНАЯ ПАЦИЕНТКА»
ГЛАЗАМИ ГИНЕКОЛОГА¹**

В статье анализируются представления гинекологов о «культурном поведении» пациенток женских консультаций, предлагаемые ими механизмы формирования доверительных отношений, которые помогают успешному взаимодействию врача и пациентки, а также осмысление врачами некоторых институциональных проблем современного российского здравоохранения.

Эмпирические данные и постановка проблемы

Статья основывается на материалах наблюдений во время приемов врачей в районных женских консультациях (ЖК) (Санкт-Петербург, 2005–2006 гг.) и глубинных фокусированных интервью с врачами-гинекологами. Исследование проводилось в четырех районных ЖК Петербурга. Все эти медицинские учреждения пользуются хорошей репутацией в городе по критериям обслуживания и уровня оснащенности. Один блок материалов собран в рамках исследования системы здравоохранения, осуществленном при содействии STAKES (Национальный Центр Исследований и Развития Благосостояния Населения в Финляндии) в феврале–мае 2005 г. Проведен 21 сеанс наблюдения (по 4–5 часов каждый) в трех ЖК Петербурга, взято 11 интервью

¹ Я благодарю мою коллегу, финскую исследовательницу Мери Лариваара, в совместной работе с которой появились многие идеи, нашедшие отражение в этой статье.

с врачами. Возраст врачей от 27 до 60 лет, половина опрошенных была моложе 36 лет, четверть в возрасте 36–45 и еще четверть старше 45 лет. Все опрошенные гинекологи — женщины (в тексте при цитировании указывается стаж работы врача). Второй блок данных составляют 6 глубинных фокусированных интервью с гинекологами в Петербурге в рамках проекта «Здоровье и (не)безопасность» в ноябре 2005–августе 2006 г.²; эти 6 бесед почти полностью посвящены вопросам взаимодействия врача и пациента. Все информанты — также женщины, минимальный стаж работы в ЖК — 4 года, возраст от 28 до 60 лет (подробнее см. описание информантов в *Приложении*), ссылки на этот массив данных даются в соответствии с номером интервью в *Приложении*.

В беседах с врачами-гинекологами мы обсуждали их работу, взаимоотношения с пациентками, случаи недопонимания, недоверия, с одной стороны, и успешные взаимодействия — с другой. Наши данные показывают, что проблемы недоверия имеют двусторонний характер и могут исходить как от врача, так и от пациента. От пришедшей на прием женщины ожидается поведение, соответствующее предписаниям медицинских учреждений и ожиданиям врача; оно становится залогом результативного взаимодействия. Если поведение отклоняется от «нормы», может происходить сбой коммуникации, вызывающий напряжение с обеих сторон.

На основе исследования репродуктивного здравоохранения в России в 1990-е гг. М. Ривкин-Фиш (Rivkin-Fish 2005) приходит к выводу, что российские гинекологи ценят пациенток, которые доверяют их опыту, аккуратно отвечают на вопросы врача, связанные с историей болезни, являются уступчивыми, уважают авторитет специалиста, готовы принять на себя ответственность за состояние здоровья. Сходное отношение отмечается и в исследованиях отношения к пациентам в других странах. В своей классической статье о «хороших» и «проблемных» пациентах («good» patients and «problem» patients) Дж. Лорбер (Lorber 1975) указывает, что медики склонны считать «хорошими» тех, кто готов к сотрудничеству, доверяет им и не склонен к разного рода жалобам; в то время как «проблемные» пациенты не обладают этими характеристиками и могут нарушать сложившийся ход работы медицинского персонала. Позже А. Райт и В. Морган (Wright and Morgan 1990)

² Подпроект осуществлялся в рамках проекта «Non-Traditional Threats to Russia's Security», грант Carnegie Corporation of New York B7819.

подтверждают, что пациенты, чье поведение не согласуется с представлениями медиков, часто определяются как «проблемные».

В работах, посвященных данной теме, В. Кокерхам (Cockerham 1997, 1999, 2000, 2005) предполагает, что врачи ожидают от своих пациентов ответственного поведения, но нередко бывают в этом разочарованы. В качестве аналитического инструмента для объяснения невысокого уровня здоровья в постсоциалистических странах он предлагает понятие «стиля жизни в отношении здоровья» («health lifestyle»). Жизненные стили формируются в зависимости от структурных условий (жизненных шансов) и индивидуальных действий (жизненного выбора). Согласно Кокерхаму, социализм советского типа предполагал скорее государственную, чем индивидуальную ответственность за здоровье граждан. Кокерхам указывает на невысокий социально-экономический уровень развития системы государственного здравоохранения и на отсутствие поощрения индивидуальной ответственности граждан в вопросах здоровья как на основные причины доминирования образцов поведения, пренебрегающих поддержанием здоровья в России и странах Восточной Европы в конце 1990-х гг.

В 1990-е годы, как показывает Ривкин-Фиш (Rivkin-Fish 2005), врачи в Петербурге объясняют недостаточный уровень здоровья горожан «низким уровнем культуры», смещая ответственность за состояние здоровья с государства на индивида. Понятие «низкий уровень культуры» врачи относят к индивидуальным характеристикам пациента (Ibid.). В середине 2000-х гг. врачи, как показывает наше исследование, описывают «культуру поведения пациента» как коллективный феномен, по-прежнему ссылаясь на ее недостаток как на причину безответственного или просто пассивно-безразличного отношения пациентов к своему здоровью.

Какие же поведенческие образцы стоят за этим понятием? «Культура поведения пациента» в интерпретации врачей складывается из необходимого объема знаний, которым должен владеть пациент, из доверительного, уважительного отношения к врачу и к системе здравоохранения и из установок относительно собственного здоровья.

Само понятие «культура здоровья» не является эмическим — в ходе интервью информанты не употребляли такого словосочетания. Однако, стараясь связать корни существующих проблем с уровнем здоровья населения, врачи часто говорили об «общем уровне культуры», «общей культуре», «культуре поведения», связывая это широкое понятие с отношением к собственному здоровью.

Вопрос: *А вот какова причина существующей ситуации с абортами?*

Ответ: (Пауза). *Безответственность все-таки, мне кажется. Низкая культура в поведении, несмотря на то, что Санкт-Петербург.*

В: *Что именно Вы имеете в виду, когда говорите «низкая культура»? Как это конкретно можно описать? О чем именно Вы думаете, когда произносите эти слова?*

О: *Мало знает, мало знает все равно молодежь о заболеваниях, передающихся половым путем. Не думает о беременности, о последствиях прерывания беременности* (врач-гинеколог, СПб., стаж работы 14 лет).

В: *Вот что это за женщины (которые приходят на аборты, не пользуются контрацептивами. — Д.О.)?*

О: *Есть, есть такая категория... Я считаю, что это, наверно, связано все-таки с низким уровнем образования и культуры общей, на мой взгляд, — только с этим.*

В: *Вы имеете в виду в данном случае общую культуру поведения?*

О: *Общую культуру поведения, общения...*

В: *...или медицинскую культуру в частности?*

О: *И медицинская культура в частности* (врач-гинеколог, СПб., стаж работы 12 лет).

Поскольку восприятие врачами конкретных действий женщин в отношении здоровья явно связывалось с понятием «культура», мы используем понятие «культура здоровья», которое позволяет объединить и прояснить разные грани интерпретации поведения пациенток в отношении своего тела.

Ожидания врачей в отношении поведения пациенток, которые описаны далее, универсальны и не зависят от причины обращения; хотя в гинекологии заметно разделение на «беременных» и «гинекологических» пациенток в силу того, что характер и частота встреч с этими группами женщин существенно различаются.

Базовые медицинские знания как показатель культуры пациентки

Первый компонент культуры поведения пациента — это наличие базовых медицинских знаний. В случае гинекологии к ним относятся общее знание женской анатомии и физиологии, логики развития за-

болеваний и общих принципов лечения (например, необходимость лечения полового партнера при наличии инфекционных заболеваний), знание основных типов контрацептивов и особенностей их применения. Обладая этой информацией, как предполагает врач, женщина вовремя обращается к специалисту, грамотно предохраняется от нежелательной беременности, ведет профилактику возможных заболеваний и т. п.

Наличие необходимых знаний помогает при общении с врачом, что особенно важно при жестко ограниченном времени, отведенном на прием специалиста. В соответствии с установленными нормами, среднестатистический прием в ЖК продолжается 8–10 минут; за это время пациентка рассказывает о том, что ее беспокоит, отвечает на вопросы врача, проходит осмотр и получает рекомендации. В ограниченное время врач не всегда имеет возможность разъяснить общие понятия и/или детально пояснить сделанные назначения; поэтому вопрос быстрой передачи и адекватного восприятия информации становится принципиально важным.

При недостатке информации вопросы, которые задает врач с целью диагностики, могут быть непонятны; используемые термины могут вызывать вопросы, а значит и назначения могут быть не выполнены надлежащим образом. Вести образовательную и разъяснительную работу с пациентками во время приема гинеколога не готовы из-за недостатка времени. Такая работа проводится в ЖК в рамках просветительских занятий по вопросам контрацепции, ведения беременности, ЗППП, особенностей периода менопаузы и т. п. Однако врачи понимают, что подавляющее большинство женщин не готовы посещать образовательные курсы и со всеми вопросами обращаются во время приема. Часто сами гинекологи хотели бы уделять больше времени пациенткам, но такая возможность у них отсутствует (некоторые из них сравнивают ситуацию с частными учреждениями, в которых работают параллельно, где временные лимиты менее жестки — на прием одной пациентки отводится до 30–40 минут).

Ну, естественно, знаний не хватает, потому что просто женщины не интересуются, не всегда можно найти литературу. Поэтому... мы проводим школы [в ЖК], мы проводим различные беседы, когда собираем сразу... несколько женщин, чтоб они получили информацию. Раздаем литературу, которую имеем. У врача для этого не всегда хватает времени, особенно на приеме (интервью 3).

Что нужно сделать? Нужно иметь время для того, чтобы с больной можно было сесть и поговорить, уединиться, там как-то, что-то, может быть, больше ей рассказать. Надо иметь просто больше времени для каждого больного (интервью 6).

Некоторые врачи изобретают и применяют свои собственные приемы быстрой и сжатой передачи медицинской информации пациенткам или проверки их понимания. Одна из наших информанток составила и распечатывала памятки для встающих на учет беременных, где указаны время приема других специалистов, рекомендации по питанию и пр., с тем, чтобы не тратить время на рассказ об этом. Другая всегда предлагала пациенткам самим записывать продиктованные ею назначения, указывая, что так лучше запоминают названия лекарств и последовательность приема, активнее уточняют то, что непонятно.

Гинекологи утверждают, что качество знаний и медицинская осведомленность клиентов медицинских учреждений в последние годы заметно возрастают, особенно среди молодых женщин. Эта тенденция оценивается врачами положительно, они считают, что знания способствуют пониманию и взаимному доверию, если только не развивается другая крайность, а именно пациентки руководствуются «лишней» или «избыточной», с точки зрения врача, специализированной информацией.

К избыточной информации относят несистематизированные знания о конкретных препаратах, подробностях диагностики, а также любые знания, полученные из неавторитетных с точки зрения медицины источников. При избытке специальной информации, которой владеют пациентки, также возникают проблемы в коммуникации. Имеющая такую информацию пациентка склонна критично оценивать назначения врача, иногда — избирательно следовать предписаниям.

...Аннотации к медицинским препаратам. Пациентам их читать не надо, потому что они их прочитают и: «Ага, противопоказания». А там же их очень много: раз, два, десять, и что... «Ой, мы это не будем!» Но это же не для них написано. Это написано для врачей. Это лишняя информация, которая им не нужна (интервью 2).

В то же время врачи не считают правильным использование популярного или «народного» медиализованного знания, передаваемого СМИ, Интернетом, социальными сетями.

У нас больше слушают радио, телевидение, соседку — «Мне сказали...». Вот это вот «Мне подружка сказала»... когда это говорит взрослая женщина, волосы дыбом встают (интервью 5).

Несистематизированные рекомендации друзей и знакомых, в том числе медиков, также могут дезориентировать пациента. Врачи склонны думать, что такую информацию «сложно правильно применить по отношению к себе». Одна из моих собеседниц-врачей призналась, что знает это на собственном опыте «пациентки»: ее муж, имеющий медицинское образование, предлагал ей одно обследование, сама она считала, что нужно делать другое, а коллеги указывали на первостепенность третьего. В результате она отказалась от обследования и лечения вообще (интервью 2).

Интернет, книжки, родители-врачи, подруга учится в медицинском институте, там, муж работает в фармацевтической фирме, и она все лекарства соответственно знает. То есть она считает, что она знает, но это все равно не та информация, и применительно к себе... сложно это применить (интервью 2).

Итак, врачи ожидают от «культурной пациентки» базовых знаний, которые способствуют грамотному поведению при планировании беременности, профилактике заболеваний и важны для понимания назначений врача. В то же время несистематизированная фрагментарная информация или знания, полученные из неавторитетных источников, рассматриваются как помеха коммуникации, проблематизируя статус врача как эксперта.

Отношение к врачу и медицине как критерий «культурности» пациентки

Следующий компонент культуры поведения пациента — это отношение к врачу и лечебному учреждению (а также к системе здравоохранения и современной медицине в целом). Важно, чтобы пациентка была заинтересована во взаимодействии с врачом и настроена на позитивный результат взаимодействия.

Когда ты видишь, что человек нуждается в этой помощи, нуждается в ней экстренно и человек этого не понимает — тогда вот это самая существенная проблема.

<...>

Я считаю, что практически к любой женщине можно найти подход. Главное, с каким настроем она пришла, что она от нас хочет получить (интервью 4).

С одной стороны, врачи ждут от пациенток сознательного отношения к профилактике заболеваний, доверия к врачу, следования рекомендациям профессионалов. С другой стороны, они различают разные группы пациенток и предъявляют к ним разные требования. Они также усматривают различные причины недоверия между врачом и пациенткой в институциональном устройстве российского здравоохранения. Рассмотрим эту составляющую подробнее.

Для того чтобы правильно построить отношения, необходимы ответственность и доверие с обеих сторон — как со стороны доктора, так и со стороны пациентов. Врач ожидает доверия к сделанным рекомендациям и ответственного их выполнения; в противном случае недостижим результат — излечение или профилактика заболеваний. Роли сторон здесь взаимосвязаны: гинеколог консультирует, пациентка выполняет предписания. Сравнивая российскую практику с европейской, наши информанты предполагают, что за границей рекомендации врачей могут быть более гибкими, но и пациенты относятся к ним с бóльшим доверием.

У врача, у него тоже свой комплекс — он самый лучший, да? Он вот, как он сказал, так пациентка должна делать... Это уже, так скажем, в крови у тех врачей, которые прошли наше образование. Но может быть, это и за границей так... Но там никогда и пациент не подвергнет сомнению то, что назначил ему врач, понимаете? (интервью 5).

Если пациент не обладает достаточной «сознательностью», чтобы доверять врачу, сомневается в предписаниях и не всегда их выполняет, то поддерживать правила приходится за счет систематического контроля за поведением пациента. Этот контроль в системе советского здравоохранения институционально обеспечивали врачи: гинеколог нес ответственность за состояние здоровья женщин, приписанных, согласно прописке, к его участку. Данный принцип реализовывался

в обязательных регулярных осмотрах, в контрольных звонках, в отслеживании выполнения сделанных назначений. В настоящее время медицинский контроль за состоянием здоровья граждан ослаблен в сравнении с советскими правилами, однако он сохраняется применительно к отдельным группам женщин, а именно — пациенткам, которые отнесены к группам риска, являются носительницами сложных инфекционных заболеваний и — главное — беременными. Возобновившаяся в 2000-х гг. массовая диспансеризация населения ориентирована на частичное воспроизводство советских механизмов контроля здоровья работающих граждан.

В отношении беременных врачи формируют более выраженные ожидания, они также демонстрируют негативное отношение к самостоятельным и непривычным решениям женщин в области репродуктивного поведения, например к выбору домашних родов или предпочтению наблюдения у частнопрактикующих врачей. Система здравоохранения сохраняет ответственность врачей ЖК за исход родов: любые случаи осложнений при родах статистически будут отнесены к ЖК, даже если беременная наблюдалась в другой клинике. В случае же смерти роженицы или ребенка дело может разбираться на специальной комиссии с привлечением врача консультации. Косвенно вина и ответственность будут возложены на того гинеколога, от услуг которого отказалась женщина. Врач будет отвечать за ее решение.

Ну не то, что доктор... но всегда какие-то претензии будут. Доктор не убедила женщину, доктор не объяснила женщине, и прочее, и прочее (интервью 2).

Случаи отказа от наблюдения по беременности не являются частыми, однако они происходят систематически. При таком отказе женщина приходит в консультацию только для оформления необходимых документов, которые вне консультации не оформить, и отказывается от врачебной помощи. Это вызывает негативный отклик со стороны врачей.

Она все равно вынуждена к нам прийти, потому что ей нужна справка в собес, декретный отпуск, ей никто этого не даст, никакой частный врач. Но параллельно она ходит туда, на консультацию она наплевала (интервью 2).

При таком положении дел интересы сторон расходятся: врач обязан контролировать выполнение предписаний, пациент не обязан их выполнять.

В отношении гинекологических пациенток врачи часто рассказывали о ситуациях так называемого хождения по врачам, когда женщина обращается за диагностикой в разные учреждения, не доверяя первому результату. Такие случаи связываются с поиском профессионалов в частной сфере, которые могут иметь альтернативное мнение в отношении хода лечения и необходимых назначений. Иногда пациентки меняют врачей в рамках ЖК, тем более что система обязательного медицинского страхования и положение о правах пациента не исключают такой стратегии.

Вот если она не заинтересована в том, что ей рекомендует доктор, или она с ним не согласна, она просто уходит и ищет себе на стороне другого доктора. Если она пройдет два-три и все три скажут одно и то же, может быть, она вернется. А может быть, где-то на ком-то останется (интервью 1).

Некоторые же делают скрининг: туда сходили, сюда сходили, тут послушали. Даже есть у нас здесь некоторые женщины, они берут несколько талонов к разным докторам. Вот мы уже официально запретили это баловство (интервью 4).

Причины такого поведения пациенток, по мнению врачей, лежат не столько в рациональной, сколько в эмоциональной сфере: в недоверии, предубеждениях или даже нежелании поверить поставленному диагнозу. Иначе говоря, причина — в отсутствии культуры поведения пациентки, или недостатке сознательного отношения к проблемам здоровья.

...Вот ей было приятно услышать то, что у нее все хорошо. Вот она не хотела слышать, что у нее все плохо. Поэтому она туда ходила с большим удовольствием, чем к нам, которые ей сказали, что у нее все плохо в этом отношении. Она не хотела поверить в это (интервью 2).

Такое поведение не одобряется в первую очередь потому, что не ведет к практическому лечению, а следовательно, и к желаемому результату — выздоровлению. Врачи соглашаются, что в отдельных случаях

«хождение по врачам» может быть оправдано, однако обычно оно не приносит пользы. Гинекологи не считают, что уровень профессионализма в обычных районных ЖК ниже, чем в частных клиниках и диагностических центрах: мне неоднократно рассказывали о случаях, когда в платных клиниках поставили неверный диагноз, а диагноз врача ЖК, напротив, подтвердился. Более того, разночтения среди врачей окончательно дезориентируют пациентку, в результате чего она полностью отказывается от медицинской помощи.

Один сказал одно, другой сказал другое, у всех же разная тактика лечения и вообще взгляд на женщину. И в итоге она не знает, что ей и делать, вообще сама в итоге путается и решает не ходить никуда, потому что никто ничего не знает. И зачем ей это? (интервью 2).

Действительно, обращение к разным специалистам возможно и доступно; многие клиентки медицинских учреждений пользуются этой возможностью, получают различные назначения, иногда противоречивую диагностику. Такая ситуация может негативно настроить пациентку, внушить недоверие к медицине в целом, спровоцировать дальнейшие конфликты между врачом и пациенткой:

...есть люди, которые, мне кажется, просто приходят поругаться. ...Причем это демонстративно: входит в кабинет и кидает, допустим, заключение на стол, таким широким жестом. Типа: ну вот, что вы мне по этому поводу думаете? Доктор еще даже не взглянул или вообще не видел, в первый раз видит этого пациента (интервью 3).

Врачи полагают, что ожидание от гинекологии единственно правильного назначения в некоторых случаях можно считать наивным. Медицина, как и любая область знаний, не однозначна, а за сделанной рекомендацией стоит поиск оптимальных подходов и выбор из возможных способов лечения. Этот выбор должны делать врачи. Существуют разные, порой полярные медицинские школы в отношении к некоторым типам заболеваний. Вот мнение давно практикующего гинеколога:

Что касается конкретно скрытых инфекций, сама тема эта очень скользкая, и каждый врач ее интерпретирует сам для себя, выбирает форму отношения к ней, форму лечения и форму диагностики. Потому что все это достаточно быстро меняется. И, даже если взять инсти-

тут Отта, там есть две школы воззрения: одна так, а другая категорически против.

<...>

Гинекология — это неоднозначная отрасль медицины, там очень много таких испытательных вопросов. Там очень много вопросов... Причем, чем больше ты работаешь, тем больше вопросов у тебя возникает (интервью 4).

Различные воззрения предполагают вариабельность конкретных решений, но не снимают ответственности с врача за неправильную диагностику или лечение, приведшее к нежелательным последствиям. Врач всегда уязвим, его всегда можно заподозрить в том, что выбор предписаний был осуществлен неправильно. Гинекологи признают ограниченность собственной экспертизы и в целом своей профессиональной власти. Они утверждают, что есть необратимые ситуации, когда врачебное вмешательство не может помочь и состояние пациента зависит от непредвиденных обстоятельств. В рассказах о собственной практике информантки в некоторых случаях приписывали ответственность за неблагоприятный исход медицинского вмешательства самим пациенткам: например, при позднем выявлении нарушений развития плода из-за поздней диагностики (причина — неявка беременной на прием в консультацию) или отказ от рекомендованного прерывания беременности.

Еще одной причиной недоверия и, как следствие, формирования неправильных отношений называют предвзятое, неуважительное или конфликтное отношение к врачу и медицинскому учреждению. В ходе интервью многие доктора обращали внимание на общий негативный поток информации в СМИ, который настраивает пациентов на соответствующий лад:

Вот у нас везде это печатается и пропагандируется, что врачи все, ну не все, основная масса, якобы взяточники и, там, неквалифицированы. Хоть бы один сказал: «Не так уж все и плохо». Может быть, когда массовая информация немножечко по-другому будет представлять работу медиков... Как в селах — осталось еще уважение, врач — это врач (интервью 5).

И вот даже связано с тем, что вот по телевидению: пошли деньги, врачи по двадцать тысяч зарабатывают — по тридцать. Тут это лопатой гребут деньги. Такое мнение у населения уже появилось, и это чувствуется (интервью 3).

Такие высказывания еще раз подчеркивают, что позитивный эмоциональный настрой расценивается как важная основа построения отношений между врачами и пациентами. Однако переубедить негативно настроенных пациенток в случае разового приема практически невозможно, в результате часто воспроизводится отсутствие доверия и конфликтное отношение к врачу.

Ситуация усугубляется отсутствием ресурсов для оказания помощи всем желающим в полном объеме. Отказ в профессиональном содействии провоцирует конфликт. При этом количество приемов врача, а также диагностических процедур в рамках общей медицинской страховки (ОМС) для одной консультации нормируется, поэтому, чтобы выполнить требования пациента, врачу часто приходится делать больше, чем ему положено.

И когда пациенты звонят и говорят, что «Вы обязаны!», — да, мы обязаны. Но мы не можем физически. Я встаю — иду, делаю. Сверх норм, сверх всего. Мы обязаны всем. <...> Вот это реальность, с которой сталкивается каждый медицинский работник и каждый руководитель на сегодняшний день. Недостаток финансирования. Несовершенство системы ОМС. Ну, а требования растут, так скажем (интервью 5).

Требования, предъявляемые женщинами к репродуктивной медицине, действительно растут, частные клиники предлагают новые стандарты обслуживания, растет уровень сервиса в других учреждениях. Проблема несовпадения запросов женщин и возможностей осознается врачами и оценивается как вызванная внешними по отношению к ним институциональными правилами.

Конфликтность пациентки, по мнению гинекологов, может быть связана и с другими причинами: индивидуальными особенностями характера, типа личности, неприятной ситуацией дома или на работе, плохим настроением. В ситуации особого эмоционального настроения женщины врачу приходится брать на себя дополнительные функции по коррекции такого состояния.

Хотя бывают с психопатологией различной, есть такой определенный психологический статус; если ты это знаешь, то ты, конечно, уже все это сразу гасишь.

В: То есть приходится быть немного психологом?

О: Психиатром даже. Психологом — психолог ты со всеми, а с некоторыми психиатр (интервью 4).

Психологическая поддержка может восприниматься гинекологом не как дополнительная, а как основная работа, наряду с медицинскими назначениями. Поддерживающая роль врача возрастает при общении с беременными женщинами, а также с пациентками, находящимися в сложной жизненной ситуации.

И удается вот как-то хорошо с ними побеседовать, назначить определенное лечение и как-то помочь. Да, и в каком-то плане, может быть, даже психоэмоциональном (интервью 3).

Отношения с постоянными пациентками часто выходят за рамки профессиональной консультации, в таком случае на приеме обсуждаются немедицинские вопросы. Общение, выходящее за пределы узко-профессиональных вопросов, значительно повышает уровень доверия, дает возможность понять настрой женщины и в некоторых случаях изменить ее отношение к сложившейся ситуации, передать позитивные установки.

После сорока пяти, когда идет менопауза, идет такой переходный возраст, очень сложный. Многие женщины его просто-напросто боятся. Потому что им кажется, что они сразу постареют, мужья их не будут любить, и так далее. <...> Ты пытаешься их убедить, что — да что вы, что вы, у вас... наоборот, у вас переходный возраст, как раньше был, в юности, не надо предохраняться, что вообще дети выросли и надо жить собственной жизнью (интервью 4).

Итак, гинекологи осознают, что взаимодействие с пациенткой и сам ход лечения во многом зависят от ее установки по отношению к врачу и медицинскому учреждению. Достижение результата требует определенных качеств и действий пациентки. От нее ожидается: спокойный, бесконфликтный настрой при общении, доверие врачу и понимание вариативности возможных назначений, лечение у одного врача, выполнение сделанных предписаний, открытость и в некоторых случаях умение общаться на немедицинские темы.

Профессиональная ответственность врача за здоровье пациенток усиливается принципом персональной ответственности в отношении отдельных групп наблюдаемых. Это ведет к формированию контролирующего поведения и четко выраженных ожиданий по поводу выполнения предписаний.

Выше были описаны конфликтные ситуации во взаимодействии гинекологов и пациенток; их описание помогло нам понять желаемое поведение. Практически же доля таких конфликтных пациентов невелика, и в беседах врачи обращали на это внимание.

Ответственное отношение к здоровью — залог успешного взаимодействия с врачом

Третий важный компонент культуры поведения пациента — это ответственное отношение к собственному здоровью. Очевидно, самочувствие человека зависит от разных факторов. Поэтому важной, с точки зрения врачей, является личная ответственность женщин за свое самочувствие, готовность вести соответствующий образ жизни.

А отвечать самому за свое здоровье — да? — человек не привык. Считает, что он выпил таблетку, которую врач назначил, — он должен быть здоров. А от медицины зависит 15 процентов здоровья, да? (интервью 5).

На приеме, при обсуждении состояния здоровья, часто заходит разговор о невозможности вести здоровый образ жизни, о побочных факторах выявленной болезни.

Работаешь как вол, понятно, да и не отдыхаешь, и денег не хватает, и недоедаешь, и мало ли что еще. И врач просто на приеме — на него вываливается этот шквал проблем женщины (Там же).

Общая готовность (или неготовность) преодолевать эти проблемы, таким образом, попадает в сферу внимания врача. Часто при прямом ответе на вопрос «От чего зависит то, как ведет себя пациент?», врачи говорят об общем уровне развития, уровне культуры, качествах личности, включая психическое здоровье. «Культурной пациентке» приписывается готовность изменить уклад жизни, преодолеть определенные проблемы и в итоге разрешить трудности, связанные с состоянием здоровья.

Вот она пришла, например, пришла женщина. У нее спрашиваешь, она тебе отвечает четко. Она знает, что ей надо... Она получает

какую-то информацию. Она к ней адекватно относится. Как сказать, она не изобретает... каких-то способов самолечения или... еще куда-то не идет. Ну, не знаю, это уровень развития, уровень личности, уровень психического здоровья (интервью 2).

Врачи выделяют категорию пациентов, которые внутренне не стремятся к выздоровлению: некоторые люди «любят болеть» и, возможно, привыкли к такому состоянию, другие не готовы тратить время на диагностику и лечение, третьи — ищут виноватых, вместо того чтобы брать на себя ответственность за преодоление проблем здоровья.

Есть, есть пациенты просто ограниченные в своих умственных возможностях. То есть с ними можно долго беседовать, но они чаще всего не хотят что-то, там, понять. И есть люди, которые любят просто болеть. <...> То есть это категория больных, которые любят лечиться и любят в себе что-то искать такое. Ну, у нас очень много больных, которые хотят быстро всё сделать и бежать домой к детям и на работу. Ну, а есть больные совершенно нормальные, которые если что-то серьёзное, так они и лечатся (интервью 6).

Но есть человек, который начинает в себе искать и как можно из этого состояния выбраться, с какой помощью. А другой — он не будет, ищет виноватого во всем: кто, и как его больше наказать (интервью 1).

Ориентация пациентки на поиск решения проблемы со здоровьем, готовность тратить силы и время на лечение — важнейший, хотя и редко эксплицируемый аспект понимания культуры поведения пациента. Настрой больного на лечение не является естественной характеристикой, он воспитывается (или не воспитывается) современной культурой. Врач ожидает «сотрудничества» от пациента, что далеко не всегда достигается во взаимодействии.

Ну, у меня есть ожидания в том плане, что женщина должна быть настроена на минимальный срок лечения, конечно. То есть она должна сама хотеть быстрее поправиться (интервью 6).

...Нужно объединиться с врачом против своей болезни, а не с болезнью против врача. К сожалению, есть пациенты, которые объединяются с болезнью против врача (интервью 3).

Итак, пациент должен ответственно относиться к собственному здоровью. Под ответственным отношением подразумевается готовность вести здоровый образ жизни, уделять внимание профилактике заболеваний, а если они возникли — настроиться на лечение, на решение проблемы и выздоровление с помощью специалиста.

Вместо заключения

Подводя итог описания представлений гинекологов о культуре здоровья, обратимся к тем фрагментам интервью, в которых врачи попытались нарисовать образ идеальной пациентки. Ниже представлено два фрагмента, касающихся ситуации взаимодействия на приеме и стратегического отношения к здоровью. Лейтмотивом в данных описаниях является интерес пациенток к сохранению или восстановлению здоровья. В ситуации взаимодействия с врачом важна заинтересованность, готовность к открытому диалогу с профессионалом, дисциплинированность и соблюдение предписаний. «Культурное отношение к здоровью» предполагает регулярные, в том числе профилактические, визиты в консультацию, планирование беременности и родов. Важнейшим является построение устойчивых продолжительных доверительных отношений с личным врачом. Разумеется, на практике большинство случаев не укладываются в идеальные схемы. Полученные нами данные описывают представления об идеальном, где ожидания создают систему отсчета для врачебной практики.

Фрагмент 1. Идеальная пациентка — заинтересованная и понимающая несовершенство институционального устройства медицинского учреждения.

Наверное, хорошие пациенты, которые... во-первых, приходят, когда... назначили — там, через три месяца подойдите, сделайте УЗИ, приходят, и чувствуется, что человек заинтересован. То есть он заинтересован в хорошем результате, он говорит: да, я вот пил, вот так-то и так-то. ...Если какие-то были отклонения, он честно говорит: «Вы знаете, я вот, там, вот не выпил вот эти последние таблетки, ничего страшного?» То есть старается как-то прийти к общему результату и действительно переживает, что он чего-то не сделал. <...> Какая-то открытость пациента, то есть где-то, ну может быть, что-то расскажет... о своей семье. <...> Спокойные пациенты, я понимаю, что,

может быть, все устали в очередях сидеть, но вот иногда извиняешься, говоришь: извините, вот мы задерживаемся. Они говорят: конечно, конечно, мы все понимаем (интервью 3).

Итак, «хорошая пациентка» соблюдает режим посещения врача, проявляет заинтересованность в лечении и заботе о своем здоровье. Однако даже «хорошая пациентка» может нарушить правила и не выполнить все назначения, и в таком случае ее ответственность заключается в своевременном информировании врача. Такая женщина принимает в расчет обстоятельства (очередь, задержки во времени приема и пр.), она в состоянии вывести взаимодействие за пределы медицинского, посвятить врача в свои личные обстоятельства, что в конечном счете создаст возможность для более широкого горизонта принятия решения.

Фрагмент 2. Идеальная пациентка узнает о контрацепции до начала половой жизни, осуществляет превентивный контроль здоровья и доверяет врачу.

Например, она идеальная пациентка. У меня есть такие, как бы я их помню, потому что они пришли ко мне тогда, когда я сама начала работать. Девочка начинает половую жизнь, она ее еще не начала, она пришла, спросила, все узнала про контрацептивы и так далее, далее она, там, пришла тоже поменять контрацептив, сделать перерыв, то есть понаблюдаться, посмотреться, там, какие-то инфекции сдать. И сдать воспаление, что-то полечиться, и через какое-то время она пришла с вопросом: вот я хочу иметь ребенка, что мне надо делать? То есть мы все сделали, через какое-то время она забеременела. Она носит беременность, все заканчивается хорошо. Она приходит после родов. Ее все устраивает, проходит какое-то время, она снова приходит беременная, она хочет рожать. Она не делает именно аборт. <...> Она уезжает, например, на другой конец города, но она приходит сюда в консультацию. Она отказывается категорически переходить куда-то, она ходит именно к тебе. Вот это идеальный вариант. Вот просто развитие ситуации. <...> И ты на нее не давишь, потому что давить не надо. Она тебе доверяет. У нее что-то случилось — она к тебе пришла (интервью 4).

Этот фрагмент представляет особый интерес для исследования. Он соотносится с ориентациями современных молодых женщин на конт-

роль своей жизни, планирование репродуктивного поведения, на заботу, в том числе профилактическую, о своем здоровье. В глазах молодого врача идеальная пациентка — это та, которая узнает о контрацепции до начала половой жизни, а к беременности готовится до ее наступления. И это, разумеется, важные изменения в новом поколении врачей и пациенток. На таких пациенток врачу не нужно оказывать давление, поскольку установлены длительные доверительные персонализированные отношения с врачом, а установки в отношении собственного здоровья соответствуют «идеальной картине».

Итак, мы выделили три группы характеристик, которые гинекологи приписывают «культурным пациенткам»: во-первых, наличие базовых медицинских знаний; во-вторых, доверительное отношение к врачу и медицине, предполагающее следование предписаниям; в-третьих, ответственное стратегическое отношение к собственному здоровью.

Приведенные в статье ожидания по отношению к пациенткам не носят характера требований и даже не систематизированы в восприятии врачей. Главная установка врача заключается в том, чтобы найти общий язык с каждой женщиной, пришедшей на прием. Такое стремление к позитивному результату выступает важным критерием профессионализма. Одновременно установки женщины в отношении медицины и собственного здоровья оказываются основой коммуникации, без которой взаимное понимание и согласованные действия затруднены или даже невозможны.

Следует отметить, что врачи не усматривают какой-либо связи поведенческих паттернов пациентов с уровнем образования или с возрастом: академическое образование не является гарантией культурного общения с врачом, а установки по отношению к медицине и здоровью формируются большей частью исходя из практического опыта и микросреды общения пациентов. Культура поведения пациенток является социальной характеристикой, и наполнение этого понятия меняется при изменении различных структурных условий.

Литература

- Cockerham W. (1997). The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lifestyle Explanation, *Journal of Health and Social Behavior*, N 38, p. 117–130.
- Cockerham W. (1999). *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*. London: Routledge.

- Cockerham W. (2000). Health Lifestyles in Russia, *Social Science & Medicine*, N 51(9), p. 1313–1324.
- Cockerham W. (2005). Health lifestyle theory and the Convergence of Agency and Structure, *Journal of Health and Social Behavior*, N 46, p. 51–67.
- Lorber J. (1975). Good Patients and Problem Patients: Conformity and Deviance in a General Hospital, *Journal of Health and Social Behavior*, N 16, p. 213–225.
- Rivkin-Fish M. (2005). *Women's Health in Post-Soviet Russia. The Politics of Intervention*. Bloomington: Indiana University Press.
- Wright A. and Morgan W. (1990). On the Creation of “Problem” Patients, *Social Science & Medicine*, N 30(9), p. 951–959.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Список информантов

1. Врач-гинеколог в ЖК. 60 лет, большой стаж. Петербург (дата проведения интервью — 17.12.05).
2. Врач-гинеколог в ЖК. Также ведет статистические отчеты. 29 лет. Петербург (23.12.05).
3. Врач-гинеколог в ЖК. 31 год, стаж — 4 года. Петербург (16.03.06).
4. Врач-гинеколог ЖК. 28 лет, стаж — 4 года. Петербург (17.03.06).
5. Заведующая ЖК. 46 лет, стаж в должности заведующей — 16 лет. Петербург (01.06.06).
6. Врач-гинеколог. Больница. Стаж — 22 года. Петербург (27.11.05).

Екатерина Бороздина

**«ПРАВИЛЬНАЯ» БЕРЕМЕННОСТЬ:
РЕКОМЕНДАЦИИ МЕДИКОВ
И СОВЕТЫ ОБЫВАТЕЛЕЙ**

«Беременность — это не болезнь, а особый этап в жизни женщины, когда она чувствует по-особому свое предназначение быть матерью» (Башкирова 2008: 113) — так описывается это состояние в одном из руководств для будущих матерей. В наши дни утверждения, связывающие деторождение с «естественным предназначением» женщины, воспроизводятся и на уровне обыденных рассуждений, и в высказываниях тех, кто определяет демографическую политику. Мы хотим критически отнестись к такому пониманию процессов вынашивания и рождения ребенка, выяснив, каким образом конструируется данный опыт.

Несмотря на то что в современных обществах женщины вовлечены в разнообразные социальные практики, они продолжают определяться прежде всего как матери и те, кто осуществляет заботу о потомстве (Oakley 2005: 118). Деторождение остается важнейшим опытом, связанным с утверждением «настоящей женщины», выполнившей свою биологическую (а в действительности — социальную) функцию. В то же время в современных обществах опыт вынашивания ребенка находится под постоянным контролем экспертов. Специализированные образовательные курсы, руководства, журналы, а также сами профессионалы объясняют беременной, как ей следует себя вести и что ей следует чувствовать, дабы достигнуть морально одобряемой нормы «счастливого материнства». В результате способность давать жизнь новым поколениям человеческих существ позиционируется, с одной стороны, как «естественное предназначение» и основание женской идентичности. С другой стороны, интерпретация опыта деторождения

в современном мире происходит преимущественно через обращение к различным видам внешней компетенции, а не на основании «естественных», телесных знаний самой женщины.

Английская исследовательница Энн Оукли отмечает: «В каждый исторический момент доминирующее определение материнства утверждает особенную мораль — есть только один правильный способ быть матерью» (Oakley 1994: 127). Развивая эту мысль, можно сказать, что в нашем обществе также существует доминирующее определение беременности, задающее ориентиры того, как должно быть будущей матерью. И исходит это определение прежде всего от института медицины. Многие авторы (Conrad 1992; Фуко 1998; Turner 2001) подчеркивают, что медицинские профессионалы, обладающие легитимной властью различения нормы и патологии, стали хранителями гендерной морали в современном обществе. Врачи представляют те категории, в которых понимается и оценивается опыт будущей матери — важнейший опыт для формирования женской идентичности. Настоящая статья посвящена тому, как в условиях медицинской «колонизации» сферы деторождения в современном российском обществе конструируется опыт вынашивания ребенка. Делая акцент на врачебной компетенции, предоставляющей «генеральное» определение беременности, мы также будем сопоставлять их со «знанием обывателей», полученных опытным путем и используемых при интерпретации данного состояния. В целом логику работы можно представить как переход от теоретического осмысления опыта беременности к последовательному анализу значения медицинских и «обывательских» знаний для понимания и организации опыта беременности.

В духе феминистских идей, нас интересует, как опыт беременности и знания о нем интерпретируются самими женщинами. Такая задача обусловила выбор интервью в качестве метода сбора информации. Эмпирической основой работы послужили интервью с тринадцатью женщинами, недавно пережившими свою первую беременность (см.: *Приложение*). Беседы с ними проводились в январе 2008 г. в г. Волгограде, одном из крупных (более миллиона жителей) промышленных городов Нижнего Поволжья. В исследовании участвовали информантки, чей опыт беременности не был проблематизирован с медицинской точки зрения. Возраст женщин на момент беременности составлял от 22 лет до 31 года, беременность протекала без серьезных патологий, женщины не страдали тяжелыми хроническими заболеваниями, наркотической

или алкогольной зависимостью. В целом интервью, как и осуществленный на их основе анализ, отражают опыт беременности городских образованных женщин среднего класса¹.

Беременность как особый женский опыт в свете медицинской компетенции

Значительное число исследователей, затрагивавших в своих работах вопрос об истоках гендерных различий, писали о том значении, которое имеет репродуктивная функция женщины для установления и поддержания существующего гендерного порядка. Первоначальное социологическое осмысление деторождения осуществлялось с эссенциалистских позиций: способность одного из полов к вынашиванию потомства воспринималась как непроблематизируемое природное основание, фундамент, на котором строятся социальные отношения неравенства между мужчинами и женщинами. Так, в рамках структурно-функционального подхода способность женщины к вынашиванию и рождению детей рассматривалась как причина разделения гендерных ролей на экспрессивную (женскую, связанную с заботой о потомстве и домашнем хозяйстве) и инструментальную (мужскую, связанную с профессиональной деятельностью вне дома). Давая обоснование данному функциональному разделению, Т. Парсонс писал: «...почему мужчина исполняет скорее инструментальную роль, а женщина — скорее экспрессивную и почему в детальных особенностях эти роли принимают определенные формы? По нашему мнению, фундаментальное объяснение распределения ролей между биологическими полами лежит в том факте, что вынашивание и ранний уход за детьми устанавливают серьезное предполагаемое превосходство отношения матери и маленького ребенка, и это, в свою очередь, вводит допущение о том, что мужчина, который освобожден от этой биологической функции, должен специализироваться в альтернативном инструментальном направлении» (Parsons and Bales 1955: 23).

¹ Настоящее исследование не отражает специфику опыта беременности у женщин, относящихся к другим классам общества, а также женщин, принадлежащих к этническим, религиозным и сексуальным меньшинствам. О существенных различиях между этими опытами см., в частности: Lazarus 1994.

Во второй половине XX в. подобное видение репродуктивной сферы (наряду с эссенциалистской интерпретацией различий между полами) было поставлено под сомнение представительницами второй волны феминизма. В рамках данного подхода различия между мужчинами и женщинами стали восприниматься не столько в качестве природной данности, сколько как продукт социального и культурного осмысления человеческой анатомии. В фокусе исследовательского интереса оказалось властное измерение гендерных отношений: понимание того, что в пределах доминирующей идеологии биологическое различие полов интерпретируется в качестве основания для мужского господства.

Важным шагом на пути от эссенциалистского определения гендерных отношений к пониманию их в качестве идеологически заданных стало использование категории «опыта». Странница позиционного подхода феминистской методологии Дороти Смит, рассуждая об основаниях различий между полами, писала об особом опыте, который «отличает женщин и приводит к тому, что мы до сих пор маркированы как отдельные от мужчин... Речь идет об опыте работы, связанной с конкретными людьми, в частности с детьми. Этот опыт основан на биологическом различии (наши тела способны к деторождению, а тела мужчин — нет), но организован с помощью сложных институциональных опосредований в виде работы по уходу (заботы) и обслуживанию конкретных других или группы других» (Смит 2000: 30).

Беременность также стала интерпретироваться как специфический женский опыт, имеющий социальный и культурный смысл. В этом качестве данное состояние уже не могло быть сведено к простой очевидности телесных ощущений или событий, но стало связываться «с изменением женского тела, женской идентичности и стиля жизни в свете рождения ребенка» (Oakley 1979: 6). Особое значение для исследователей обрело социальное осмысление и упорядочивание переживаний и поступков будущей матери.

Финская исследовательница Анна Роткирх в работе, посвященной сексуальной жизни в позднесоветскую эпоху, вслед за Кирсти Мааттанен выделяет три составляющих структуры опыта: 1) ощущения (телесные переживания, носящие высоко индивидуализированный характер); 2) практики (привычные повседневные действия, заданные институциональной рамкой); 3) интерпретации (осмысление ощущений и практик через обращение к имеющимся в культуре значениям) (Rotkirch 2000: 42–49). Рассмотрение опыта беременности в соответ-

ствии с данной структурой позволяет обратить внимание на то, что в этот период особое значение для выполнения женщиной роли компетентного субъекта имеет получение ею нового знания. Во-первых, будущая мать сталкивается с необходимостью понять и оценить изменения, происходящие в ее организме. Во-вторых, женщине требуются сведения о том, как ей следует себя вести в данный период. В-третьих, она должна обладать набором знаний, которые позволяют оценить соответствие собственного поведения во время беременности существующему моральному порядку.

В современном обществе, где происходит «отрыв» социальных отношений от локального контекста» (Giddens 1991: 18), а место традиционных связей занимают вторичные инстанции, ведущим источником знаний о периоде вынашивания ребенка становится институт медицины. В России во второй половине XX в. контроль над репродуктивной функцией женщины был делегирован медицине: «Советская медицина стала тем институтом, который производил нормативную категорию “женщины (матери)” и наказывал (или прощал) отклонения от нее» (см.: Бараулина 2002: 371).

Сходным образом можно охарактеризовать и роль, которую в опыте беременности играет здравоохранение в современной России. С одной стороны, врачебная интерпретация беременности осуществляется на символическом уровне, предоставляя категории, с помощью которых может быть описан переживаемый опыт будущей матери. Медицинское знание выступает в качестве культурного авторитета, утверждающего порядок конструирования реальности через определение фактов и оценок (Starq 1982: 13). С другой стороны, авторитет врачебной компетенции поддерживается благодаря дисциплинирующему влиянию институциональных структур — попадая в ЖК, диагностический центр или больницу, будущая мать вынуждена следовать действующим в этих учреждениях правилам. Так, в рамках отечественной системы здравоохранения существуют нормативно закрепленные стандарты того, как часто и на каких сроках беременной следует посещать врача, каким процедурам и в каких случаях она должна подвергаться, и т. п.² Описывая данную ситуацию применительно к английскому

² Среди нормативных актов, регламентирующих взаимодействие беременной женщины и учреждений репродуктивной медицины, приказ № 323 «Об отраслевых стандартах объемов акушерско-гинекологической помощи» от 5 ноября 1998 г.; приказ № 462 «О совершенствовании организа-

контексту, Энн Окли отмечает: «Беременным женщинам говорят, что беременность — это “естественная функция” или “абсолютно нормальное событие”, когда матери наслаждаются “отличным состоянием здоровья”. Тем не менее им дают указание регулярно посещать клинику или доктора, уделять большое внимание медицинским советам и следовать предписаниям врача. <...> Важность медицинского контекста утверждается через *рутинизацию* технологических, фармакологических и клинических процедур в течение как можно большего числа стадий репродуктивного процесса и для как можно большего числа пациентов» (Oakley 2005: 160).

Далее на основе рассказов наших информанток мы рассмотрим, как в отечественных условиях проявляется медицинское влияние на опыт беременности, а также в чем заключается специфика врачебного осмысления данного состояния.

Конструирование опыта беременности в свете медицинского знания

Ключевой характеристикой врачебного осмысления беременности является стандартизация и квантификация данного опыта. С позиций медицинского авторитета ожидание ребенка оказывается состоянием, которое можно описать и оценить при помощи измерения определенного набора научно обоснованных показателей. Анализы крови, взвешивание, УЗИ, а также многочисленные виды обследования — все это позволяет выразить в числовом эквиваленте те изменения, которые происходят в женском организме. Процессы измерения, кодирования и классификации, посредством которых различаются норма и патология, начинаются с момента определения беременности. В большинстве случаев женщинам не приходится пристально наблюдать за неясными проявлениями своей телесности (прекращение менструаций, увеличение объема груди, чувствительность к некоторым запахам, и пр.), подыскивая интерпретацию для происходящих в организме изменений. Купленный в аптеке (или даже в супермаркете) тест позволяет

ции медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным» от 30 декабря 1999 г.; приказ № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» от 10 февраля 2003 г.

определить свое состояние с помощью простого подсчета полосок³. В результате современные молодые женщины описывают установление собственной беременности как очень простую процедуру: ряд телесных проявлений говорит о необходимости «научной» проверки, которая (в отличие от опыта предыдущих поколений советских женщин) без труда осуществляется самостоятельно, без вмешательства врача.

Двадцатисемилетняя Маргарита следующим образом описывает ситуацию самодиагностики:

Была запланированная беременность, то есть все к этому шло. Наверное, задержка. Ну, не наверное, а точно — задержка, ну, какие-то первые признаки — тошнота, может, еще что-то. Тест на беременность. И собственно, вот так. Две полоски (Маргарита, 27 лет).

Другая информантка также описывает простую техническую процедуру установления факта беременности с помощью тестирования:

Ну, в общем, пошла, купила тест, и оказалось, что беременная. Сначала я первый тест даже не поняла, что там — две полоски, не две. Потом на следующий день пошла, еще два или три купила. Потом уже поняла, что беременная (смеется). Вот так (Мария, 26 лет).

Так уже на первых этапах беременности происходит рационализация и квантификация данного опыта. Его понимание осуществляется

³ Методика диагностирования беременности при помощи специальных тестов получила широкое распространение в России лишь в последнее десятилетие. До этого времени женщины (а во многих ситуациях и врачи, поскольку УЗИ также не было широко распространено) вынуждены были полагаться на собственные ощущения для определения своего состояния. Показательный пример диагностики беременности на основании интуитивного ощущения пациентки может быть найден в интервью, взятом Энн Оукли в Англии в конце 1970-х (Oakley 1979: 26): «Он [врач] сказал: “Что конкретно происходит?” Я сказала: “Это только по утрам, тошнота”. <...> Потом я вернулась и он сказал: “Вы знаете, может, вы [беременны]?” И я сказала — ну, не сказала: “Я не доктор, вы знаете”. Я сказала: “Это вам решать”. И он сказал: “Ну, не похоже, что до этого дошло”. И я сказала: “Ну, у меня не было месячных в марте, не было в апреле”, и я сказала, что для меня это необычно. Тогда он сказал: “Ну, ладно, подождем еще один месяц”».

через экспертные знания, которые дают объяснение на основании ясно выраженных и точных количественных критериев — результатов различных видов диагностики. Факты, если воспользоваться интерпретацией Латура, говорят через медиков, в результате чего становятся понятными и немедикам (Латур 2002). Роль врача оказывается связанной с тем, чтобы сделать природные феномены заметными и наглядными, «перевести» их на понятный окружающим язык и предложить однозначные, валидные и надежные интерпретации. Обычный визит к доктору в этой ситуации заключается в том, что специалист при помощи научных методов измеряет ряд параметров, соотносит их с научно обоснованными стандартами и на этом основании объясняет переживания женщины непрофессионалам (в том числе и самой будущей матери). Вынесение нормализующего суждения на базе измерений превращается в рутинный, непроблематизируемый элемент взаимодействия пациентки с медицинскими профессионалами и институтами.

Врач... Ну, я бы не сказала, что она [врач] очень сильно влияет [на протекание беременности]. Ну, да, просто ты приходишь, тебе говорят: «Ну, там, да, хорошо». Ну, в очередной раз измеряют, там, рост, вес, все... все нормально... прибавила, там. Ну, и не так чтобы, там... (Ольга, 27 лет).

Если беременность по ряду диагностируемых показателей «вписывается» в медицинский стандарт, рекомендации врача, так же как и его/ее попытки получить дополнительные сведения о переживаниях пациентки, сводятся к минимуму:

То есть, если беременность протекает абсолютно планомерно, как должна протекать, то здесь лишних вопросов не задают. Как бы и рекомендаций особенно... не дают (Там же).

Информантки подчеркивают, что посещение медицинского учреждения является значимым именно постольку, поскольку эксперт может на основании результатов соответствующих измерений (УЗИ, анализы) вынести вердикт о наличии или отсутствии подлежащей исправлению патологии. Врачебный совет выступает в качестве нормализующего суждения, определяющего степень отклонения от стандарта и предписывающего способы исправления ситуации:

Я считаю, что визиты к гинекологу полезные, потому что смотрит, мало ли, там, какие осложнения, сердцебиение, УЗИ, как развивается. Все полезно. А вот именно, что они мне советовали применить. Ну, какие-то витамины я пила. Если низкий гемоглобин, дополнительно питалась тем, что повышает гемоглобин (Надежда, 24 года).

Особенно значимыми информантки считают показатели, касающиеся состояния плода. Женщины опасаются развития у будущего ребенка каких-либо болезней; в то же время они не могут исключить подобной возможности, руководствуясь лишь неясными проявлениями собственной телесности. «Объективное» медицинское суждение, трактуя результаты измерений на основе научно утвержденных стандартов, помогает преодолеть страхи и опасения, определяя соответствие ситуации норме:

Вот единственное, что я [делала] — ходила на УЗИ. Мне его делали. Врач, который его делал, она советы еще какие-то давала... что-то рассказывала и что-то показала, как ребенок развивается... именно по поводу ребенка рассказывала. Что она у него что-то там мерила, говорила, что это нормально, вот это нормально. Было вот именно интересно уже, что ребенок здоровый, без всяких отклонений. Потому что боишься всего этого ужасно (Наталья, 26 лет).

Вынесенные на основании измерений предписания также связываются с некими имеющими числовое выражение стандартами. К примеру, необходимость дополнительного приема витаминов объясняется научно обоснованной нормой полезных веществ, требующихся организму беременной женщины и будущему ребенку:

Ну, витамины, конечно... Практически всю беременность я пила витамины, чтобы всего хватало, потому что по сегодняшней жизни нужно очень много. Каждый день съедать там килограмм морковки, еще, там, всякое разное. И это все килограммами, для того, чтобы получить суточную дозу, которая нужна для того, чтобы у меня здоровье было нормальное и чтобы ребенку всего хватало (Полина, 24 года).

В этой ситуации непосредственные, «телесные» знания самой будущей матери, а также советы других беременных женщин представляются недостаточными и не вполне надежными. Не имея профессиональных сертификатов, женщина как бы лишается полномочий само-

стоятельно понимать и оценивать состояние своего организма или давать рекомендации знакомым. Наши информантки не подвергают сомнению авторитет медика и противопоставляют его профанному знанию обывателей:

Кто мы такие, чтобы самолечением заниматься? У знакомых, у них все по-разному. У всех все по-разному. А врач — он знает (Татьяна, 27 лет).

Ну, конечно, старалась прислушиваться, если... Ну, конечно, все-таки в таком вот там, в еде, что-то нужно было ограничить, что-то можно было позволить себе больше, потому что как... Медицинского образования нет. И старалась прислушиваться все-таки [к советам врача] (Александра, 26 лет).

В то же время стандартизация и квантификация опыта беременности, осуществляемые с позиций медицинского знания, неминуемо ведут к тому, что определенные аспекты опыта будущей матери, не имеющие количественного выражения (интуитивное представление женщины о состоянии своего организма), в большинстве случаев игнорируются доктором. В целом биомедицинский врачебный подход позволяет ориентироваться на нормальное, типичное, наиболее часто встречающееся (то, на основании чего формулируется медицинский стандарт), а не на потребности конкретной женщины, находящейся в конкретной ситуации. Врач соотносит индивидуальный случай со стандартом, чтобы выявить, насколько типичным является протекание беременности.

Во-первых, врач не придает большого значения тем переменам в организме, которые беспокоят женщину, но при этом встречаются достаточно часто (вписываются в «стандарт» беременности). То, что кажется женщине проблемой, специалист воспринимает как норму:

А в консультации так вот врач: «Ну, токсикоз. Ну, у половины всех беременных токсикоз. Ничего страшного». Ничего утешительного не говорила, то есть... то есть: ну, токсикоз и токсикоз — терпи (Татьяна, 27 лет).

Во-вторых, телесные проявления, которые кажутся женщине нормальными, врач может оценить как требующую исправления проблему. Отклонение от предписанных стандартов воспринимается врачом как «катастрофа», как недопустимый сбой в процессе контроля над жен-

ским телом во время беременности. Врач стремится восстановить «должное» положение дел, прибегая к собственному авторитету (женщине на этот раз не просто «объясняют» — на нее оказывают давление, повышают голос, запугивают):

Следят строго за килограммами. Я нормально. Ну, они вообще-то ругают, если, там, я же потом каждую неделю начала ходить, если, там, больше то ли пятисот граммов, то это уже все, катастрофа. Она меня один раз отругала. У меня ни отеков, ничего не было. Понимаю, там, другие отекают... (Маргарита, 24 года).

Конечно, меня часто ругали, я даже, там, привирала, что я меньше набрала. Потому что я набирала достаточно сильно вес... чисто физиологически я худая, поэтому я еще свой вес набрала. Потому что ребенок у меня, во-первых, родился досрочно, во-вторых, маленький. То есть не было такого, что я раскормила ребенка (Татьяна, 27 лет).

В то же время процесс врачебной нормализации опыта беременности может давать сбой: «объективные» результаты измерений не всегда точно отражают происходящие с женщиной изменения. В оценке беременности эксперт в большинстве случаев руководствуется результатами различных измерений (вес, высота матки и пр.), не доверяя знанию самой женщины о ее состоянии. При этом разные показатели могут не согласовываться друг с другом. В случае, когда измерения дают противоречивый результат, обоснованность нормализующего медицинского суждения становится проблематичной:

<...>

О: *А, во-первых, они сначала сказали, когда мерили мне живот, что у меня слишком... не может быть такой срок с таким животом.*

В: *Что маленький?*

О: *Маленький слишком, да, то есть высота матки слишком маленькая. А когда я встала на весы, они сказали: «Да ты что столько набрала!» Я говорю: «Ну, вы же сами говорите, что у меня маленький живот» (усмехается). У меня ни жировых отложений, ничего нет (Дина, 23 года).*

Еще более проблематичной женщинам кажется обоснованность тех врачебных рекомендаций, которые вынесены без проведения предварительного обследования. Будущие матери ожидают проверки необ-

ходимых показателей своего состояния научно обоснованными методами. Если тестирования не было, беременная отказывается следовать предписаниям, поскольку они основаны не на индивидуальных особенностях именно ее состояния, а являются стандартом применительно к беременности вообще. Врачебное суждение, не подкрепленное результатами анализов или иных измерений, утрачивает авторитет, представляется женщине сомнительным, не заслуживающим доверия:

В: *А были, может быть, какие-то советы врача, к которым Вы не могли, не хотели прислушиваться?*

О: *Ой, ну, да... У меня только по поводу лекарств было. Потому что они выписывали очень много лекарств, они не делали специальных анализов, что, там, мне недостает железа или еще магний. Они выписывали всем одно и то же (Екатерина, 24 года).*

Когда врачебная интерпретация телесных ощущений не соответствует интересам и нуждам будущей матери (по ее собственному мнению), но поддерживается дисциплинирующей властью института медицины, пациентки испытывают потребность в дополнительных (в том числе альтернативных экспертному) источниках знания. Дополнительная информация выполняет несколько функций. Во-первых, к ней прибегают, для того чтобы проверить достоверность заключения специалиста. Во-вторых, она используется для поиска компетентного суждения, которое лучше объяснит опыт конкретной беременной женщины и способно стать основой для принятия практического решения в конкретной ситуации. В-третьих, дополнительные сведения нужны для того, чтобы знать, каким образом можно взаимодействовать с институтом медицины для получения врачебной помощи в желаемом виде.

Итак, беременные женщины прибегают к обывательскому знанию, чтобы осмыслить свой индивидуальный опыт и предпринять соответствующие шаги.

Конструирование опыта беременности в свете знания обывателей

Как пишет шведский социолог Хельга Новотны (Nowotny 2000), в эпоху позднего модерна люди испытывают небывалую потребность в знаниях и информации как основании для осуществления «правиль-

ных» жизненных выборов. В то же время высоко стандартизированная и деперсонализированная официальная наука не обладает знаниями для интерпретации всего множества повседневных ситуаций, переживаемых индивидами. Наука «не может удовлетворять предъявляемым ей ожиданиям, поскольку ее связь с частным опытом и компетенцией остается непредсказуемой, переменчивой, фрагментированной и многообразной» (Nowotny 2000: 12–13). Альтернативой в этой ситуации выступает контекстуальное и индивидуализированное знание «простых обывателей».

Определение знания обывателей как особого вида компетенции было дано английскими авторами Гарри Коллинзом и Робертом Эвансом, работающими в рамках социологии науки. Вслед за ними мы используем термин «практический эксперт» (experience-based expert) для обозначения человека, чьи знания формируются «опытным путем». Такими экспертами являются «члены общества, которые обладают специальной, относящейся к определенной области знаний и полученной благодаря опыту компетентностью, которая не подтверждена дипломами или другими сертификатами» (Collins and Evans 2002: 238).

В то время как значение нормализующего медицинского суждения состоит в том, что оно рационализирует опыт беременности, важность знания обывателей связана с практическими решениями прикладных проблем. Если экспертная компетенция, определяя беременность исключительно как состояние здоровья (едва ли не болезнь), «вырывает» ее из бытового контекста, то знание «практических экспертов», напротив, вписывает данное состояние в рамки повседневности (отражает те рутинные аспекты этого опыта, которые не находят своего воплощения в медицинских рекомендациях).

На вопрос исследователя: *«Кому Вы больше верили: советам врача, или информации, которая в журналах была, или женщинам, которые уже рожали?»* двадцатичетырехлетняя Екатерина отвечает: *«Конечно, кто уже родил. Потому что врачи, они все только с научной точки зрения рассказывают, объясняют. Журналы, там, тоже пишут в основном, что и знала. Конечно, лучше со знакомым человеком. Он, действительно, если через все это прошел».*

Другая информантка объясняет свою заинтересованность в получении знаний практических экспертов следующим образом:

...они только что это пережили. Я понимала, конечно, что это субъективно, но, по крайней мере, это опыт, то есть ты можешь это как-то примерить на себя. И плюс там же как раз обсуждаются бытовые вопросы какие-то... там, кровать нужна такая или такая (Ольга, 27 лет).

Знания «практического эксперта», как правило, связаны с их собственным опытом, который вызывает доверие, они передаются через рассказ об опыте, реальность которого не подвергается сомнению. Эта характеристика знания обывателей становится особенно значимой в ситуации, когда экспертные оценки противоречат друг другу или не вызывают доверия по другим причинам. Возможность наблюдать переживаемый кем-то опыт или его результаты служит гарантией достоверности сведений, получаемых от родственников и знакомых:

Но я больше всего прислушивалась к маме... Просто мама говорит «так было», значит, так было. Это единственное что (Дина, 23 года).

В то же время «практические знания» по поводу беременности, воплощенные в рассказах о собственных переживаниях, тесно связаны с «объединяющим аспектом» данного опыта. Обмениваясь такими рассказами, давая друг другу советы относительно ситуации вынашивания ребенка и подготовки к будущему материнству, женщины формируют сферу специфически женской компетенции. Возникающее в этой сфере доверие имеет межличностный характер; это доверие к конкретной женщине и к реальности ее опыта, который информантка может соотнести с собственными переживаниями.

Отношения с практическими экспертами персонифицированы. В их число обычно входят «близкие люди» — мать, свекровь, сестры, подруги, вынашивающие ребенка или уже родившие, — те, кто лично заинтересован в благополучии беременной (в отличие от врачей, заботящихся о женщине, исходя из профессиональных обязанностей):

В: *А если говорить о разных источниках советов, то Вы к кому больше прислушивались: к врачам, к знакомым, к книгам?*

О: *Ну, конечно, к родственникам. У меня сестра тоже... Ну, конечно, больше к ней. Потому что как бы знаю ее, доверяю ей (Анна, 24 года).*

Ну, конечно, у меня тогда у двоюродного брата жена была беременная. У нас с ней полгода разница, прям, ровно. Как-то с ней, на ее опыте.

Как-то вот так. Ну, не с каждым встречаемым, а, естественно, только с близкими людьми, которые уже через это прошли, либо готовились к этому (Валерия, 24 года).

В качестве «практических экспертов» могут также выступать коллеги-женщины или другие пациентки, знакомые благодаря совместному пребыванию в больнице или посещению консультации. Однако в тех случаях, когда социальные связи между беременной и «практическим экспертом» не столь близки, характер полученных сведений во многом отличается по своему содержанию от рекомендаций «близких людей». Советы случайных знакомых и коллег в основном сводятся к рассказам о собственном опыте родов и воспринимаются скорее как форма общения, а не как рекомендации, к которым стоит внимательно прислушиваться.

Фрагмент из интервью с Маргаритой демонстрирует привычность обмена рассказами между женщинами, пережившими беременность:

Ну, я обращалась к уже родившим женщинам, беременным... Ну, во-первых, сестры, которые имеют большой опыт, то есть каждая до этого по двое детей на тот момент имела. Естественно... На работе, я помню, каждая свою историю рассказывала, кто как родил, у кого как было, кто как кормил-растил. Конечно, общение-то было (Маргарита, 24 года).

Фрагмент интервью с Полиной показывает, как опыт беременности и его обсуждение становятся смысловым стержнем общения между женщинами:

В принципе общались, менялись, у кого чего как, у кого что болит, у кого что не болит, как что было... Как кто рожал, ну, только в принципе, с ними... на работе, предположим, тоже девчонки и женщины уже... У кого это как получилось, легко, какие проблемы, осложнения могут быть, чего, там, лучше не делать... (Полина, 24 года).

Однако те черты, которые в ряде случаев делают обыденное знание более привлекательным по сравнению со стандартизированными рекомендациями эксперта, также накладывают определенные ограничения на использование данного вида компетенции. Прежде всего, тот

факт, что компетенция обывателя основывается на субъективном и индивидуальном опыте, зачастую мешает применению этого знания другими людьми и в других социальных контекстах. Контекстуальность знания является его преимуществом, но одновременно ограничивает и доверие к нему.

У меня подружек мало, кто родил... А те, кто рожали, я сама больше их знала, поэтому... Хотя в принципе, мне кажется, это тяжело давать какие-то советы, потому что у всех индивидуально и беременность, и роды протекают, и дети... (Надежда, 24 года).

Показателен в этом случае встречающийся у информанток недостаток доверия к материнским советам. Тот опыт беременности, который переживали женщины прошлого поколения, был вписан в соответствующие институциональные, технологические и культурные контексты. Изменение данных контекстов с течением лет делает погруженный в них опыт «устаревшим», а извлеченные из него сведения — бесполезными в новых условиях. В итоге высокая степень контекстуальности знаний «практических экспертов», с одной стороны, позволяет им давать советы, которые лучше вписаны в повседневную жизнь, чем советы врача. С другой же стороны, эти советы являются значимыми в достаточно ограниченных пространственных и временных рамках.

Фрагмент интервью с Ольгой демонстрирует противопоставление опыта женщин разных поколений:

Советы — нет! Советы, я не думаю, потому что у мамы беременность, слава богу, протекала тридцать лет назад, поэтому очень много за это время изменилось (Ольга, 27 лет).

Знания «практических экспертов» нередко характеризуются информантками как «бабушкины методы» или «сарафанное радио», т. е. нечто специфически женское (информация, передающаяся от одной женщины к другой) и одновременно недостаточно легитимное, относящееся к сфере практических догадок, а не «объективного», научно обоснованного знания. В этой ситуации образованные женщины, ориентированные на рациональный выбор своей модели поведения, зачастую воспринимают «практическое знание» как непрофессиональное, а следовательно, и не заслуживающее большого доверия:

Нет, некоторые, так вот, знакомые что-нибудь спросят: «Ну, как себя чувствуешь?» Я: «Нормально». — «Ешь больше кальция, ешь больше того...» ...Ну, так вот просто консультировали. Я уже не помню. Ну, что они, там, свои говорили — бабушкины методы (Мария, 26 лет).

Современные российские женщины склонны доверять профессиональному медицинскому знанию. Однако есть вид обывательских советов, который остается важным для будущих матерей, — знание о том, как взаимодействовать со сферой медицины. В ситуации, когда значительную роль в опыте вынашивания ребенка играет врачебная компетенция, знания о беременности не могут быть ограничены только представлениями о биологических процессах, происходящих в теле женщины. Как пишет американский антрополог Элен Лазарус, важный пласт сведений для беременной женщины составляет информация о том, «как выбирать врача и понимать принцип работы системы здравоохранения. Знание о деторождении, таким образом, состоит из биологических знаний о беременности и родах и социальных знаний. Социальное знание включает в себя знание медицинских процедур, которые совершаются во время беременности и родов, а также институциональное знание больницы бюрократии — кто за какие решения отвечает и как пациентка, приложив усилия, может получить тот вид помощи, который она хочет» (Lazarus 1994: 26).

Такие «усилия пациентки» в российском контексте заключаются прежде всего в поиске «хорошего» врача, чья компетентность была бы подтверждена положительными отзывами знакомых, которых он/она ранее лечил(а), а доброжелательное отношение гарантировано установлением персонализированных, лично ориентированных (а не бюрократических) отношений. Этот процесс имеет особое значение в силу бюрократизации институциональной среды и систематической нехватки доверия как к отдельным врачам, так и институту медицины в целом (подробнее о женских стратегиях преодоления недоверия к институту медицины см. статью Е. Здравомысловой и А. Тёмкиной в данном сборнике).

Как отмечает М. Ривкин-Фиш в исследовании, посвященном практикам взаимодействия женщин с институтом здравоохранения в постсоветской России, пациентки стремятся «создать сети знакомых в сфере медицинской помощи... для того чтобы обеспечить компетентный уход и приверженную заботу». В результате, «врачи, найденные через

цепочку знакомых, воспринимались как “заслуживающие доверия” не потому, что их медицинские навыки считались лучше, но потому, что ожидалось, что они будут заботиться о знакомом пациенте, исходя из персонального участия, а не бюрократической обязанности» (Rivkin-Fish 2005: 154). Предполагается, что «знакомый» специалист будет консультировать пациентку, исходя из объективных научных стандартов, и одновременно учитывать особенности ее индивидуальной ситуации. Практические знания окружающих о хороших, добросовестных врачах обеспечивают доступ к «правильному» экспертному знанию, которому можно доверять. Рассказы наших информанток во многом подтверждают данную мысль:

<...>

О: *В общем, такая женщина, что, чем вот может, она мне всем помогала. Очень хорошая. Я вот со всеми советами к ней вот советовалась. Во-первых, она и с опытом уже... И врач такая очень... очень такая хорошая.*

В: *А Вы изначально к ней попали, просто потому что заболевание или по знакомству?*

О: *По знакомству... Даже не знаю, как сказать, что вот люди к ней приезжают. Так вот у меня тетя к ней сначала попала. Потом она меня к ней туда привела (Мария, 26 лет).*

Столь же важным оказывается знание «практических» экспертов в ситуации организации родов. Получение сведений о том, с кем и как можно договориться, чтобы родить «по знакомству» или за плату, служит залогом успешного прохождения данного этапа, гарантией того, что тебе окажут всю необходимую помощь не только в рамках бюрократических требований, но и исходя из личной заинтересованности:

В: *А ты вот в отношении процесса родов как-то заранее планировала, где ты будешь рожать? Договаривалась с врачом?*

О: *Конечно. Ну, у меня были не платные роды. Мы так, через знакомых находили врача, и все (Валерия, 24 года).*

В: *А во время беременности ты как-то планировала будущие роды, договаривалась...*

О: *Да. Конечно, договаривалась. Платные роды не стала, у нас тогда еще не было этих сертификатов. А с акушеркой договаривалась.*

В принципе довольна осталась, потому что меня никто не бросил в три часа ночи одну в роддоме (усмехается). И вообще вот это именно человеческое отношение, и они все бегали, смотрели. Не знаю, мне даже не страшно особо было (Наталья, 26 лет).

Таким образом, женщина, до того момента не сталкивавшаяся с рядом проблем, возникающих при обращении к институту медицины, с одной стороны, получает о них представление благодаря «ужасным рассказам» «практических экспертов» (она узнает о том, что ее могут бросить одну в палате; попытаться вызвать роды раньше срока; и т. п.). С другой стороны, будущая мать получает сведения о том, как на практике можно преодолеть или предотвратить нежелательные для нее ситуации взаимодействия с институтом здравоохранения.

В тех случаях, когда взаимодействие с учреждениями отечественной репродуктивной медицины связано для женщины с рядом издержек (грубостью и невниманием со стороны персонала, бюрократическими трудностями), она испытывает потребность в том, чтобы справиться с этими негативными моментами. Здесь ей на помощь приходит знание «практических экспертов», которое во многом направлено на высвечивание и компенсацию институциональных издержек профессиональной компетенции.

Заключение

В начале XXI в., когда различные индивидуальные опыты все чаще подвергаются медиализации, на уровне осмысления событий и переживаний часто преобладает врачебное суждение. В этом качестве оно обретает символическую власть, связанную с правом транслировать доминирующее определение реальности и соответственно выступать основным «поставщиком» категорий для интерпретации ощущений и действий индивидов. Применительно к ситуации беременности и деторождения можно сказать, что современное врачебное знание направлено на рационализацию данного опыта путем квантификации и стандартизации. Изменения, происходящие в этот период, с точки зрения медицины должны быть измерены, проанализированы, выражены в числовом эквиваленте. Осмысление опыта происходит через соотнесение «объективных» показателей здоровья будущей матери

(результатов анализов, данных УЗИ и т. п.) с имеющимися научно утвержденными стандартами. А его регулирование на практическом уровне осуществляется через применение дисциплинирующей власти медицинского авторитета, который в современном обществе выступает основной инстанцией контроля за женской телесностью.

Собственные представления женщины о состоянии своего здоровья обретают характер недостоверных, поскольку опираются на такие источники, как собственные ощущения и интуиция. Эту позицию разделяют как врачи, так и сами женщины. Пациентка определяется в качестве несведущего (с точки зрения профессиональной компетенции) субъекта, чьи чувства и переживания должны быть нормализованы с позиций рационального экспертного суждения. Индивидуальный опыт и его особенности при этом учитываются весьма ограниченно — экспертное знание не столько обращает внимание на специфику жизненной ситуации и переживаний будущей матери, сколько «подгоняет», вписывает ее опыт в predeterminedные медициной рамки нормы.

Важным является также и то, что стандартизированные способы измерения здоровья (служащие основой для нормализующего медицинского суждения) неизбежно дают упрощенную, схематичную картину беременности, а в крайних случаях предоставляют ошибочные результаты. Кроме того, иногда может возникнуть сомнение в компетентности самого врача как специалиста, который должен правильно интерпретировать проявления женского организма и прийти к верным выводам в результате соотнесения данных диагностики с имеющимися научными стандартами. Вследствие этого женщины нуждаются в более индивидуализированных советах, учитывающих особенности их личного опыта беременности, а не опирающихся исключительно на абстрактные стандарты и шаблонные схемы. Однако медицинские институты, рассчитанные прежде всего на следование стандартам, не предназначены для удовлетворения таких потребностей.

Альтернативой медицинской компетенции выступает полученное опытным путем знание обывателей, принадлежащих к социальной сети беременных женщин. Его отличительными чертами являются: во-первых, высоко контекстуальный характер; во-вторых, субъективность (связь с конкретной жизненной ситуацией конкретного индивида, препятствующая возможной стандартизации или универсализации советов); в-третьих, наглядность, связь с практическим уровнем опыта (в силу чего «практические знания» не всегда легко эксплицируются);

в-четвертых, персонафицированный характер взаимодействия между беременной женщиной и «практическим экспертом», при котором доверие к получаемым советам основывается на межличностном доверии (а не на уверенности в объективности получаемых сведений).

Важность знания обывателей состоит в его приближенности к непосредственным переживаниям конкретных людей, в том, что оно предлагает готовые практические решения бытовых проблем. Кроме того, советы «близких людей» зачастую вызывают больше доверия, чем советы врача, поскольку считается, что родственники и друзья, связанные с женщиной тесными персональными связями, лично заинтересованы в ее благополучии.

Можно также выделить два основных аспекта знания «практических экспертов»: сведения о повседневных, бытовых практиках беременной и «институциональное» знание, связанное с взаимодействием будущей матери с системой здравоохранения. Второй аспект представляется особо значимым для опыта беременности, реализующегося в медиализированном контексте. Благодаря таким сведениям женщина не только учится ориентироваться в формальных правилах и стандартах института медицины, но и узнает, как к нему можно приспособиться. В этом смысле знание «практических экспертов» в ряде случаев опосредует влияние врачебного авторитета на будущую мать.

В первую очередь это проявляется в нахождении врача «по знакомству», т. е. врача, который заботился бы о здоровье пациентки, исходя из персонального участия в ее судьбе, а не в силу формальных обязанностей. Сам медик в данном случае становится носителем достоинств и экспертной, и обывательской компетенции. С одной стороны, он обладает специальными знаниями, связанными с принципом научной объективности, а с другой — дает рекомендации пациентке, не только ориентируясь на шаблонные схемы, но максимально учитывая специфику ее индивидуального опыта.

В целом наши информантки склонны следовать тем рекомендациям, которые исходят от врачебного авторитета. В то же время они регулярно обращаются к советам обывателей для того, чтобы контекстуализировать абстрактные медицинские стандарты, лучше приспособить универсальные схемы лечения и наблюдения к практической составляющей собственного опыта беременности.

Литература

- Бараулина Т. (2002). Моральное материнство и воспроизводство женского опыта, в кн.: Е. Здравомыслова и А. Тёмкина, ред., *В поисках сексуальности*. СПб.: Дмитрий Буланин, с. 366–406.
- Башкирова Н. (2008). *Девять месяцев до рождения. Настольная книга для будущих мам*. СПб.: Наука и Техника.
- Лагур Б. (2002). Дайте мне лабораторию, и я переверну мир, *Логос*, № 5–6 (35), с. 211–242.
- Смит Д. (2000). Социологическая теория. Методы патриархатного письма, в кн.: Е. Здравомыслова и А. Тёмкина, ред., *Хрестоматия феминистских текстов*. СПб.: Дмитрий Буланин, с. 29–63.
- Фуко М. (1998). *Рождение клиники*. М.: Смысл.
- Collins H. and Evans R. (2002). The Third Wave of Science Studies: Studies of Expertise and Experience, *Social Studies of Science*, N 32 (2), p. 235–296.
- Conrad P. (1992). Medicalization and Social Control, *Annual Review of Sociology*, N 18, p. 209–232.
- Giddens A. (1991). *Modernity and Self-Identity*. Cambridge, MA: Polity.
- Lazarus E. (1994). What Do Women Want? Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth, *Medical Anthropology Quarterly*, N 8 (1), p. 25–46.
- Nowotny H. (2000). Transgressive Competence: The Narrative of Expertise, *European Journal of Social Theory*, N 3, p. 5–21.
- Oakley A. (1979). *Becoming a Mother*. Oxford: Martin Robertson & Company Ltd.
- Oakley A. (1994). Feminism, Motherhood and Medicine — Who Cares? in: J. Mitchell and A. Oakley, eds., *What is Feminism?* Oxford: Blackwell Publishers, p. 127–150.
- Oakley A. (2005). *The Ann Oakley Reader. Gender, Women, and Social Science*. Bristol: Polity Press.
- Parsons T. and Bales R. (1955). *Family, Socialization, and Interaction Process*. New York: The Free University Press.
- Rivkin-Fish M. (2005). *Women's Health in Post-Soviet Russia: the Politics of Intervention*. Bloomington; Indianapolis: Indiana University Press.
- Rotkirch A. (2000). *The Man Question. Loves and Lives in Late 20th Century Russia*. Helsinki: Nord Print.
- Starr P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- Turner B. (2001). *Medical Power and Social Knowledge*. London: Thousand Oaks; New Delhi: SAGE Publications.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Список интервью

1. Александра: 26 лет, родила в 2005 г., замужем, высшее образование, учитель в школе.
2. Анна: 24 года, родила в 2006 г., замужем, высшее образование, преподаватель в вузе.
3. Валерия: 24 года, родила в 2007 г., замужем, высшее образование, учитель в школе.
4. Дина: 23 года, родила в 2008 г., замужем, высшее образование, сотрудник Института повышения квалификации.
5. Екатерина: 24 года, родила в 2008 г., замужем, высшее образование, секретарь в вузе.
6. Елена: 32 года, родила в 2008 г., замужем, высшее образование, преподаватель в вузе.
7. Маргарита: 24 года, родила в 2006 г., замужем, высшее образование, консультант в фармацевтической фирме.
8. Мария: 26 лет, родила в 2006 г., замужем, высшее образование, лаборант в вузе.
9. Надежда: 24 года, родила в 2007 г., замужем, менеджер в торговой компании.
10. Наталья: 26 лет, родила в 2006 г., замужем, высшее образование, секретарь в частной фирме.
11. Ольга: 27 лет, родила в 2007 г., замужем, высшее образование, преподаватель в вузе и тренер по фитнесу.
12. Полина: 24 года, родила в 2008 г., замужем, высшее образование, переводчик в частной фирме.
13. Татьяна: 27 лет, родила в 2006 г., замужем, высшее образование, сотрудник в фирме, проводящей маркетинговые исследования.

Часть 3

**САМОЭТНОГРАФИЯ:
ДНЕВНИКИ И ЭССЕ
ПАЦИЕНТОК-СОЦИОЛОГОВ**

Лиля Дрига
**БЕРЕМЕННОСТЬ И МЕДИЦИНА:
ЗАМЕТКИ НА ПОЛЯХ**
(ноябрь 2005 — июль 2006)¹

Данный текст представляет собой переработанный дневник беременности, который я вела по просьбе коллег из Центра гендерных исследований ЕУСПб. Моя беременность оказалась увлекательной, очень познавательной и, несмотря на описанные переживания, оценивается мной как чрезвычайно позитивный и важный социальный опыт. Ведение дневника спровоцировало у меня активную рефлексию о том, как и почему взаимоотношения беременных и системы здравоохранения принимают, порой, совершенно антигуманные очертания. Меня удивило и продолжает удивлять то, насколько абсурдными оказываются многие «само собой разумеющиеся» практики, повсеместно воспроизводимые в отношении репродуктивного здоровья в российском (постсоветском) контексте. Надеюсь, что этот текст послужит поводом для критического осмысления этой темы.

Если Вы беременны...

Свою беременность я почувствовала, находясь в Хельсинки на исследовательском семинаре в первых числах ноября 2005 г. Очень отчетливо почувствовала, что что-то происходит в моем «гинекологическом животе», от чего сосет под ложечкой. Все тело реагировало на происходящее. Из-за этого странного ощущения не вполне осознанной, но подозреваемой беременности я совершенно растерялась. Я вы-

¹ Автор — кандидат политических наук, научный сотрудник; 33 года; замужем.

пивала там алкоголь, а потом вспоминала, что ведь я, скорее всего, беременна и пить не надо бы, но ведь уже выпила, черт возьми!

По возвращении в Питер я сделала тест на беременность. Тест дал положительный результат. У меня побаливал живот после танцулек в ночном клубе в Хельсинки, и я пошла к своему врачу-гинекологу на прием послушать, что он мне скажет. Врач сказал, что я беременна на раннем сроке, 4–5 недель, но из-за болевых ощущений решил сделать УЗИ. УЗИ обнаружило гематому вокруг моего плодика, который был тогда размером с половину подушечки мизинца. Он спросил меня: «Будем ли сохранять?» Я ответила: «Да». И меня тут же отправили на срочную госпитализацию в гинекологическое отделение при больнице N.

Надо сказать, что гинеколог у меня очень милый. Женщин любит и свою профессию. Всегда все подробно объясняет по поводу наличествующих проблем. Галантен и вежлив. Муштрует медперсонал, который его обожает. Очень заботится о своих клиентках. Правда, в очереди к нему можно проводить часы, вне зависимости от записи. Он руководит хозрасчетным кабинетом при больнице N. В этой больнице, по слухам, руководит гинекологическим отделением его ученица, отделение на хорошем счету у пациенток. В случае необходимости врач госпитализирует всех в эту больницу, и все, кто там лежал, остались довольны качеством лечения и тем, что там решались некоторые финансовые проблемы, связанные с полисами, т. е. удавалось лечиться бесплатно.

Я, вообще-то, должна была лететь в Барселону на выходных (была среда). Врачу я даже об этом не заикнулась, но обсудила возможности поездки с медсестрой, которая провожала меня в приемный покой больницы. Она спросила: «Сохранять будешь?» Я ответила: «Да». Она заключила безапелляционно: «Тогда даже не думай». Я поселилась в больнице с диагнозом — угроза прерывания беременности. Впоследствии этот диагноз попортил мне кучу нервов.

Гинекологическое отделение, шесть человек в палате. Туалет не закрывается. Биде нет. Душевая на этаже завалена тюками с бельем. Есть одна ванная среди хозхлама, в которой уборщицы моют тряпки.

Палата — источник знаний

Со мной в палате лежали несколько женщин с кровотечениями, одна с «замершей» беременностью и последовавшим абортom, одна де-

вушка с подозрением на «замершую» беременность и одна девушка с невынашиваемой беременностью. Врач, которая вела палату, прописала мне какие-то таблетки и укол. Я все не могла сориентироваться и спросить ее, что за укол и что за таблетки. Я очень не люблю таблетки и всякую химию. Поэтому стараюсь всегда знать, что мне прописывают, и по возможности выяснять, каковы последствия и побочные действия. Спросить врача не было подходящего момента. С врачом я встречалась на осмотре и во время обхода. Во время обхода на вопрос, как себя чувствую и есть ли жалобы, я отвечала, что все хорошо, и на этом беседа заканчивалась. Задавать вопросы в присутствии остальных, ждущих доктора, было не с руки. Зачем мне нужен этот укол и что я пью за таблетки, я выяснила в палате. Одна из девушек была врачом-педиатром. Укол был гормональный — прогестерон для поддержания плода, так как плод до образования плаценты питается гормонами, а таблетки принимают для снижения тонуса матки. Выяснила также, что определить, почему возникла гематома, нет никакой возможности и что эти уколы и таблетки — это стандартный набор в таких случаях, как мой.

Поточный осмотр

На осмотре женщин со всего отделения собирали и запускали поточно в смотровую партиями, как правило палатами. Одна — на кресло, другая — готовится, т. е. снимает трусики, третья — ждет. Практически все со своими полотенцами. Если нет полотенца, то в распоряжении холодная больничная клеенка. В основном в халатиках, но были и в брюках. Зрелище так себе. Никакой приватности. В смотровой стояло два гинекологических кресла, вокруг несколько врачей. Одна из них — завотделением, она осмотрела всех. Остальные врачи осматривали только женщин из «своих» палат. Завотделением пользуется исключительной репутацией профессионала и очень хорошего человека среди тех больных, кому с ней довелось общаться. Осматривали быстро и, как потом я смогла оценить, побывав в центре планирования семьи, почти нежно. Про осмотр, конечно, ходили слухи, что там всем ставят замершую беременность и отправляют на аборт. Мне сказали: «Какая прекрасная беременность!» И я стала просить меня выписать.

Я пытаюсь взять процесс под контроль

Я пыталась сформулировать свои вопросы врачу, записала их на листок, поймала ее в коридоре и спросила-таки, что меня интересовало. Я почему-то решила, что надо сделать еще одно УЗИ, и как-то даже настаивала на этом. Врач сказала: «Ну, если очень хочешь, давай сделаем». Потом, в палате, девушка, у которой было подозрение на замершую беременность, сказала мне, что УЗИ лучше не злоупотреблять, и я его отменила. Там же я узнала, что самое опасное — это кровотечение.

У меня расстроилось пищеварение (возможно, от прогестерона, который все расслабляет) и болел живот, от желудка до кишечника и обратно. Я настояла на осмотре соответствующего врача. Врач-мужчина пришел недовольный, промял мне основательно живот и потом сказал, что выпишет антибиотики. Я сказала: мне же нельзя, выпишите мне диету. Он спросил: «Это почему же?» Я, кажется, в первый раз произнесла это сокровенное вслух: «Я беременна». Он смутился и пошел почитать мою карту. Прописал мне какой-то спазмолитический укол. Я от него отказалась. Медсестра сказала: «Раз доктор прописал, значит, я буду Вам делать, даже если Вы не хотите». Я поняла, что из больницы надо быстро сматываться.

Медсестры на вопросы, что за укол, отвечали: «Все вопросы к доктору. Не знаю, что за укол».

Меня отпустили на выходные домой, муж улетел в Барселону без меня, а я вернулась в больницу в понедельник, откуда на следующий день выписалась с диагнозом «прогрессирующая беременность» и курсом лечения гормональным препаратом, витамином Е, полным половым и прочим покоем. Медсестра при выписке сказала: главное — позитивные эмоции. У меня в больнице их совсем не было. Я терзалась внутренними противоречиями несколько дней по поводу приема гормонов. Очень не люблю это дело по прошлому опыту. И решила принимать половину прописанной дозы, что, как потом выяснилось, было равносильно тому, чтобы не принимать.

«Немножко беременна»

После выписки я пришла к своему доктору. Он рекомендовал мне встать на учет по беременности в консультацию, так как сам не вел беременность. И в общем дал понять, что беременность — это не его профиль.

Из-за попадания в больницу моя беременность стала известна в кругу близких людей, хотя я ее до поры до времени планировала не афишировать. В обсуждении с подругой мужа выяснилось, что обычно угрозы на таких ранних сроках не предотвращают. Это и к лучшему. Поэтому на учет лучше не становиться до 20 недель. Этот срок всплыл потому, что за постановку на учет на раннем сроке государство начисляет почему-то деньги. Но так как мне выписали гормональные средства, я терзалась, пить их или не пить, и мне нужен был врач, который смог бы процесс контролировать. Мы сошлись на том, что идея сохранения беременности в больнице, в палате с чужими людьми, без нормальной гигиены, еды и мужа, довольно спорна и ничем не оправдана.

Я оказалась в таком «подвешенном» состоянии, когда беременность как бы происходит «между делом» и вроде может в любой момент кончиться. Поэтому вела себя так, будто ничего особо не произошло. «Немножко беременна». Токсикоза у меня не было.

Выбор учреждения по наблюдению беременности

Моя платная страховка снимала с себя всякие обязательства по ведению беременности после восьмой недели. В бесплатных районных женских консультациях я не была до того времени ни разу в жизни. Встал вопрос, куда и как становиться на учет. За ведение женщины в предродовой период в роддоме брали около 26 000 руб. (более 1000 дол.). Стандартный набор специалистов, анализов и пр. Деньги берут сразу все и если что — не возвращают. Сами роды стоят еще около 30 000 руб. (1300 дол.). Я нашла бесплатную районную консультацию в полчасе ходьбы от дома и пришла туда на сроке 8–9 недель своей беременности.

Заодно накупила в магазине книжек типа «Беременность: неделя за неделей». Часть из этих книжек была очень смешного содержания. Там беременных призывали прекратить принимать наркотики на сроке в 10 недель, затем в 11 и т. д. Другая книжка тоже оказалась бесполезной, так как в ней речь шла в основном о каких-то заболеваниях, которые угрожают беременной женщине на разных сроках. Зато та книжка, в которой было описано, как растет плодик, что и где у него развивается в какой период, очень пригодилась.

От гормонов, отсутствия движения и необходимости часто есть, следуя рекомендациям, я начала понемногу поправляться. Всякие зарядки и физическую активность мне категорически запретили, я ее

прекратила и залегла. Муж отнесся к моему лежанию с пониманием, но стал выглядеть довольно замученным оттого, что на нем оказалась вся домашняя работа.

Женская консультация

Консультацию выбирал, кажется, муж. Он обзвонил несколько и нашел одну недалеко от дома. Так как полис у меня был зарегистрирован на адрес прописки в одном районе, а фактически я проживала в другом, для постановки на учет в консультацию по месту жительства необходимо было перерегистрировать полис на адрес фактического проживания. В страховой фирме мне сказали, что в течение четырех месяцев после перерегистрации я не могу поменять консультацию.

Я с мужем пришла в консультацию. Нам объяснили правила, и мы обозначили для себя день, когда пойдем на прием. В консультации необходимо быть в сменной обуви или в бахилах. Бахилы продают в гардеробе, а тапочки можно принести с собой. Вечно недовольная дежурная в регистратуре. Не то чтобы у нее жизнь не удалась — она вполне смеется, когда не находится на рабочем месте, но когда она сидит у окошке, она злобная. Всегда! Это такой стиль: ответить так на вопрос, чтобы второй задавать уже не захотелось.

Консультация расположена на первом этаже жилой хрущевки. Узкий коридор и кабинеты по обе его стороны. Отремонтирована на деньги депутата ЗакСа, о чем сообщает стенд в небольшом холле, предваряющем коридор. Напротив кабинетов стоят скамейки, на которых женщины ждут своей очереди к врачу. На стенах висит реклама магазинов одежды для беременных и какая-то еще про детские коляски. Есть еще рекламные проспекты каких-то медицинских препаратов. Женщины небеременные записываются на прием в журналах, которые лежат у входа. Все с полисами обязательного страхования. Беременным вход формально вне очереди и без предварительного захода в регистратуру. Но когда видишь людей, которые сидят по 40 минут у кабинета, невольно садишься в очередь: из солидарности и отсутствия ощущения права на внеочередной прием врача, из-за еще отсутствующего живота. Рано утром очереди, как правило, нет. К десяти часам начинают собираться. Карточки пациентов хранятся у врача в кабинете. Иногда врач надолго отлучается из кабинета. (У меня подозрение, что она параллельно делает в другом конце УЗИ.) Женщины сидят и возмущаются, но дальше этого дело не идет.

***Первое посещение консультации:
вхождение в «женский мир»***

С собой необходимо иметь подкладную тряпочку, стерильные перчатки и шприц на случай необходимости укола или забора крови из вены. Так как я до сих пор ходила в платную клинику, я напрочь забыла о необходимости носить с собой так называемую подкладную тряпочку. Врач М.В. положила на кресло какую-то бумагу взамен и попросила купить в регистратуре перчатки. Врач принимает быстро. Муж остается за дверью. С ним не разговаривают, не знакомятся, в кабинет не приглашают и на вопрос, нужно ли присутствие мужа, отвечают, что нет, пусть подождет в коридоре. (В какой-то момент он перестал ходить со мной в консультацию.) Весы. Осмотр, мазки, куча направлений — на анализы. Измерение давления. Вопросы типа: муж здоров? чем занимается? — очень веселили. Муж здоров, о чем в карточке с моих слов сделана соответствующая запись. Вопросы о вредных привычках, абортах, болезнях, переливании крови, желтухе и т. п.

В кабинете принимают двое. Я думала, что это врач и медсестра. Потом выяснилось на каком-то дне рождения от подруги, что вторая женщина — это акушерка. Она все время сидит, молчит и пишет в обменной карте беременной рекомендации (в очень общем виде) и диагнозы врача. Врач пишет в большой карте, к ней же прикрепляются все анализы. В большой карте все рекомендации написаны подробно, так же подробно расписаны все результаты анализов. В обменной карте беременной информация более общего характера. Например, есть назначение: «попить мочегонных трав». Каких трав, в каких пропорциях, как их заваривать — непонятно. Все это осталось в карте у врача. Так кого же лечим?

Столы доктора и акушерки стоят вплотную друг к другу и стул для пациента сбоку, лицом к врачу.

В книжках было написано, что в первый прием у меня возьмут анализы на СПИД и сифилис. Я внимательно изучила все направления на анализы, которые выписала мне врач. Как я ни искала направление на эти анализы среди своих бумажек, так и не нашла его. Потом мне мой гинеколог, к которому я ходила задавать свои вопросы, объяснил, что загадочные «ф-50» — это и есть эти анализы. На мою фразу, что, по закону, мне обязаны сообщать о том, что берут у меня анализ на СПИД, и консультировать на предмет профилактики СПИДа (об этом

мне рассказала подруга, работающая с профилактикой ВИЧ), он сокрушенно заулыбался и сказал: «Это же советская медицина. Бюрократия. Они вам ничего объяснять не будут». И оказался прав.

Обменная карточка беременной

На руки дали так называемую обменную карточку беременной — название, зафиксированное на карточке. Беременная всегда носит ее с собой вкупе с паспортом на случай экстренной госпитализации. В карточку вписывают все, что нужно знать медикам для родов. На вид это небольшая брошюра, которую нужно основательно заполнить за время беременности. Тут и группа крови, и анализы, учет веса и прибавок, эпикризы специалистов и назначения. Это своего рода паспорт беременной. В мою карточку были вклеены тетрадные листочки, разлинованные в таблички. В конце карточки содержались какие-то допотопные инструкции о том, что не следует носить круглых подвязок, зато надо следить за чистотой кожи — беременной «необходим до двух раз в неделю гигиенический душ».

УЗИ

Моя врач М.В. назначила мне плановое УЗИ. Чтобы попасть на УЗИ в консультацию, нужно с 8 до 9 утра в понедельник дозвониться по телефону в регистратуру и записаться на предстоящую неделю. Мы с мужем непрерывно звонили минут 15, пока не прорвались. Голос в трубке сообщил, что можно записаться на прием («есть время», как они говорят) во вторник в 14 часов. Мне это время было чрезвычайно неудобно, и я спросила, можно ли записаться на вечер. В ответ с той стороны повесили трубку. Затем дозванивался муж. Второй раз, когда он дозвонился, было уже где-то 8:45 и «время» осталось в пятницу тоже около 14 и тоже для нас неудобное. Ему задали вопрос: беременна ли жена? Немного с ним поговорили и сообщили, что другого времени нет и что УЗИ делают только в первой половине дня. Поскольку время нам не подошло, я решила найти какую-нибудь альтернативу. В клинике «Скандинавия» — это модная клиника в верхней ценовой планке оказания медицинских услуг — УЗИ стоило 1600 руб. (более 50 дол.). Я решила, что это слишком дорого и в целом подумала, что с УЗИ можно не торопиться, так как однозначной оценки безвредности этой процедуры в экспертной литературе не представлено.

**Обход специалистов: скажи, что у тебя болело,
и я скажу, какая ты дура...**

Диагноз об угрозе беременности, поставленный ранее (я думала его скрыть, но не решилась), привел к тому, что после первого же приема меня отправили на консультацию к врачу, специалисту по невынашиваемости. Кроме того, меня осмотрел терапевт. Меня в основном спрашивали, чем я болею. Я честно сообщила обо всех своих болезнях, которые знала. Очень жалела потом об этом, потому что все сказанное мною было тщательно записано и впоследствии постоянно о себе напоминало в очень неприятном для меня контексте. При любом подозрении на отклонение от нормы в анализах врачи тут же апеллировали к истории прошлых болезней, несмотря на мое хорошее самочувствие и отсутствие жалоб. Своим подробным рассказом о проблемах со здоровьем в прошлом я как бы безнадежно испортила свою «беременную карьеру» и никак не могла перейти в статус «здоровой беременной», которого настойчиво добивалась.

Специалист по невынашиваемости произвела на меня самое благоприятное впечатление. Выслушала внимательно, поулыбалась и выписала направление на два гормональных анализа. Также она спросила меня об УЗИ. У нас был срок 12 недель, и, по правилам, было самое время делать УЗИ. Я сказала, что вот мы не дозвонились и можем за деньги сделать, только непонятно, как это работает в консультации. Она договорилась через час все нам организовать. Я позвонила мужу, и он примчался с работы посмотреть на мелкого. Ему малыша и показывали, ко мне экран не поворачивали. Мелкий спал и закрывал ушки. Потом мне чуть-чуть показали, но я не очень поняла, где у него что. Написали, по результатам, что все в порядке, и сказали, что «лялька растет себе, как положено».

Еще один обязательный для посещения беременной специалист — стоматолог. С ним вышла своя история. Я лечила зуб, и мне за несколько недель до беременности заложили в него лекарство. Я пришла к дантисту в назначенный срок и сообщила, что беременна. Доктор порадовался, но сказал, что ему необходимо сделать мне рентген зуба. Я отказалась. Доктор попытался меня уговорить довольно занятным способом. Мол, не надо делать вид, что мы тут все святые. Как правило, все в первый месяц беременности выпивают алкоголь, курят и все такое, мол, один лишний рентген погоды не сделает. Я спросила его, означает ли его предложение то, что мне теперь каждый месяц надо

будет приходиться и делать рентген только потому, что, возможно, я в первый месяц беременности выпивала алкоголь. В общем доктор был недоволен, распечатал фотографию моего предыдущего снимка и попросил меня проконсультироваться с гинекологом, который ведет беременность.

Я честно пыталась посоветоваться, но никто не хотел брать на себя ответственность. Гинеколог сказала, что в зубах ничего не понимает, и отправила меня к стоматологу, которая при консультации лечила зубы. Та сообщила через свою медсестру, что доктор лечит меня правильно, но на вопрос о том, стоят ли риски того, чтобы делать рентген, ничего вразумительного сказать не смогла. В результате я подписала у стоматолога бумаги, что претензий, если что, иметь не буду, и стоматолог без рентгена запломбировал мне зуб и пожелал счастливой беременности.

И только попробуйте возразить!

Потом был Новый год и я выиграла в кафе конкурс на женский эротический танец (ха-ха!), чем повеселила мужа. Мой приятель, глядя на мой округлившийся живот, подпер щеку ладонью и поздравил с уже довольно заметной беременностью. Первого января мы с мужем поехали к моим родителям. С лыжами. Встала на них один раз. Все семья активно призывала меня все время лежать. Первый триместр — опасный. У меня не было ни разу кровотечения, но живот периодически болел какой-то пульсирующей болью. Я начинала панически бояться и лежать.

После возвращения домой живот все не проходил, и я отправилась в консультацию. Я очень нервничала, и все меня не радовало. Выяснилось, что моя врач куда-то уехала на курсы повышения квалификации, и ее не будет до середины февраля. Я села в очередь на прием к заведующей. Заведующая вышла, посмотрела на очередь и сказала: «Я больше не могу» и отвела меня к какому-то кабинету. Заглянула внутрь и сказала: «Здесь беременная, ей плохо или что-то еще. Примите ее».

Меня приняли без очереди. Я сказала, что у меня болит живот. Показала где. Болел внизу справа. Врач заглянула в мою карточку: «Так у вас... (далее перечислила все мои недуги, которые в жизни со мной случались и были строго запротоколированы терапевтом) и! угроза невынашиваемости. Ставлю угрозу, ложитесь на сохранение срочно

в Центр планирования семьи». Я сказала, что не хочу никуда ложиться, что лучше дома полежу. Она: «Вы что здесь, хотите, чтобы у вас ребенок инвалидом был? Хотите по аптекам всю жизнь бегать? Деньги на лекарства зарабатывать? Тогда пишите мне в карточке, что о последствиях предупреждены, и до свидания».

Слезы у меня хлынули ручьем, и остановить их не было никакой возможности. Платка тоже не было. Лицо потекло всеми возможными способами. Врачиха смягчилась: «Ну, это такой хороший центр, лучший в городе, у них там программа губернаторская по репродуктивному здоровью. Пойдите, отдохните от мужа, и он пусть от вас отдохнет. Надоели, наверное, друг другу. А то ведь все к кастрюлям, наверняка, тянетесь, по дому хлопочите. Не уложите на кровати все равно». Я продолжала плакать. Врачиха: «Надо лежать все время». Я: «Хорошо. Куда ехать?»

Центр репродуктивного здоровья и планирования семьи: угрозы беременности

Мне дали адрес и направление, в котором стояли три диагноза, один из них — угроза невынашиваемости. У меня ничего, кроме живота справа, не болело. Я вышла из кабинета и продолжала плакать. Истерика у меня была целый день, и мысли об инвалидности ребенка не выходили из головы еще очень долго.

Для Центра репродуктивного здоровья и планирования семьи выделено крыло четвертого этажа больницы на ул. Комсомола, д. 4. Больница очень старая, с высокими потолками и огромными палатами. Много цветов в коридоре. Впечатление, будто попал в советское кино периода Любви Орловой. Бабушка позапрошлого века убирает этаж. Муж проводил меня туда 10 января. Дошли до поста медсестры, дальше сопровождающих не пускают. На посту завотделением беседовал с какой-то беременной. Мы представились, протянули направление. Он сказал дежурной обо мне: «В мою палату». Я спросила сразу же: «Когда меня выпишут?» Он: «Через две недели». У меня от ужаса глаза расширились. Я сказала: «Давайте через неделю». Он рассердился: «Что? Будем торговаться?»

В палате было 8 коек, заняты только две. На них кто-то спал. Всех выписали на Новый год, а новых еще не набрали. Я выбрала кровать и разложила свой скарб. Кровать была ужасно жесткая и неудобная. Спать на ней было тяжело. Одна из девушек страшно храпела. Палата

постепенно наполнилась дня за два и заговорила. Лежали девушки там по разным причинам. Многие были уже не первый раз. Кто-то не хотел работать и получал таким образом больничный. У кого-то муж активно ссорился с тещей, и от этого девушка сбегала в больницу. После общей дискуссии о том, как бороться с наркоманами и что с ними делать, я «выключила» свое включенное наблюдение и надела практически на все время пребывания в палате наушники с «Радио Классика» и «Эрмитаж». Когда мне хотели что-то сказать, махали рукой. Иногда я снимала наушники, чтобы послушать что-нибудь. Так что все страшилки, рассказанные в больших количествах, — а вот я знаю случай! — пропустила мимо ушей. Кроме меня, никто в палате не планировал рожать с мужем.

В Центре планирования семьи мне активно не понравилось. Там были более адекватные условия с точки зрения мест отправления гигиенических потребностей: в туалете закрывались двери и было одно биде. Но закрытость и изолированность пространства, невозможность выйти на улицу мне, зайти на этаж мужу — совершенно угнетали. Еда, как и во всех больницах, была отвратная. На стенах висели информлисты разного содержания: «Курить вредно», «Как уберечься от мастита», «Как нужно питаться беременной», реклама витаминов Элевит. Еще были плакаты с изображением комплекса упражнений, где «стройная как кипарис» девушка изображала наклоны беременной. Ее облик настолько не стыковался с тем, как выглядели все вокруг, что казалось, эта зарядка никакого отношения к беременным не имеет.

Главврач сначала мне понравился. Он беседовал со мной час в своем кабинете и явно выражал удовольствие по поводу моего статуса научного сотрудника университета. Объяснял что-то, не помню что, и отвечал на вопросы. Интересовался моей жизнью вообще и личной, в том числе сексуальной жизнью в частности. Однако при осмотре оказалось, что он садист. Потом выяснилось, что почти все девушки в палате запомнили его осмотр как один из самых зверских в их жизни. На его примере у меня постепенно сложился образ врача, который хочет власти, ее реализует, насколько хватает духу, но при этом страшно боится своих подопечных. Меня удивило, когда он на следующий день фамильярно перешел на «ты». Так он обращался со всеми пациентками. На мои просьбы выписать меня раньше, он отвечал: «Посмотрим-посмотрим, как все пойдет». И было ощущение, что речь идет о дисциплине, в данном случае со стороны моего организма, и что мне никогда отсюда не выбраться.

Мне дали листочек и попросили отмечать, сколько я выпиваю и выделяю жидкости в сутки. В туалете стояли специальные мерные кружки и куча банок, пустых и с мочой. В первый день меня этот эксперимент с измерениями увлек, но потом я прикидывала объем жидкости только на глазок. Никто не объяснил мне, как считать суп и фрукты, так что все равно получалось весьма-весьма приблизительно. Опять давали таблетки, снижающие тонус матки, витамин Е и поливитамин. Через несколько дней врач мимоходом признался, что мои боли не связаны с угрозой выкидыша. При этом он продолжал проверять мою матку на предмет тонуса и говорил: «Ну, маточка сегодня хорошая, посмотрим, что дальше будет».

Для меня смысл моего лежания совсем потерялся.

Третье УЗИ

и «чувство собственного достоинства» малыша

Мне сделали УЗИ. Мужа не пустили посмотреть, но распечатали для него две фотографии малыша, который тогда еще помещался на снимке целиком. На одном снимке была видна спинка, а на другом профиль с выраженной челюстью и уже сформировавшимися в ней зубами. Врач, делающая УЗИ, сказала, что ребенок с характером и чувством собственного достоинства. Она еще заметила, что очень видно на УЗИ по тому, как ведет себя малыш, желанный он или нет. И что, судя по тому, как ведет себя мой малыш, он очень желанный!

Так вот они какие, старородящие!

В центре меня осмотрела окулистка. Посоветовала научиться тужиться не в голову, а вниз через правильное дыхание диафрагмой, чтобы не создавать в голове ребенка лишнее кровяное давление. Мне сделали ЭКГ. Все было в норме. Я имела долгую беседу с терапевтом, пожилой женщиной, которая поинтересовалась к концу беседы, почему же я, такая милая девушка, не собралась родить раньше? В результате осмотра она мне поставила диагноз: *первородящая старшего возраста*, который вместе с остальными болячками переключался в финальное заключение. Меня это очень возмутило.

При выписке я спросила врача, как можно ставить диагноз «старородящая», если мне все дают на вид 26–28 лет и я в очень хорошей физической форме. Он ответил, что сам удивился тому, как хорошо я

выгляжу, но возраст — вещь объективная, так что диагноз правильный. При этом никакой абсолютной уверенности в необходимости этого диагноза врач не демонстрировал. Было такое впечатление, что возраст из аксиомы перешел в вопрос дискуссионный, но он придерживается в этой дискуссии консервативных взглядов.

В поисках радости жизни

В Центре планирования семьи для меня был один позитивный момент. Там был работающий психолог. Девушки к нему шли неохотно, точнее, никто к нему не шел. Он ходил по палатам и беседовал с женщинами на разные темы. Кого-то уговаривал бросить курить, кому-то приносил книжки о дородовом развитии ребенка и статьи о совместных родах. Я пошла к нему решать свои проблемы отсутствия радости жизни от беременности. Он приобщил меня к рисованию. Давал задания по повышению самооценки и делал массаж, чем снимал отчасти мышечное напряжение от жесткой кровати.

Один из анализов оказался так себе, и врач сказал: «Ну и ну!» Я поняла, что дело плохо и надо сматывать удочки. К счастью, я должна была принимать экзамены у студентов. Я набралась смелости и настояла на выписке. Мне тщательно переписали все мои прежние диагнозы, добавив то, что я «старородящая», что у меня подозрение на воспаление почек и что я по семейным обстоятельствам настаиваю на выписке.

Что общего этот Центр имеет с планированием семьи и в чем состоит суть «одной из лучших губернаторских программ по репродуктивному здоровью», так и осталось для меня загадкой. Центр этот, по моему скромному убеждению, — типичное очковитирательство и бесполезное расходование бюджетных денег.

Кризис

С такой выпиской я совсем было начала терять присутствие духа. Впереди было еще больше половины беременности, а я чувствовала, что количество заболеваний, которые «активизированы», все растет и растет. Я чувствовала себя ужасно виноватой во всех своих болезнях, которые множились на глазах. Меня преследовали угрозы врачихи из консультации об инвалидности ребенка. У меня было стойкое ощущение, что до родов надо еще дожить, и как это сделать — непо-

нятно. В феврале–марте или апреле я должна была ехать в Хельсинки на месячную стажировку, а я уже думала, что буду не мобильна и не смогу надолго выходить из дома. Отдельно вставала проблема врачей, к которым вроде бы надо было ходить, так как список болезней обязывал. В то же время медицинские назначения вызывали у меня сомнения, особенно с учетом того, что я скептически отношусь к антибиотикам и прочим химическим препаратам.

Эта история породила во мне сильную рефлексию по поводу оценки происходящего, моей беременности. Главное, что меня беспокоило, — отсутствие радости, которую я ожидала испытывать в больших количествах в связи с будущим материнством. В основном я нервничала, злилась и ощущала себя находящейся в глубокой обороне.

Для начала я решила не ходить в консультацию до тех пор, пока не вернется моя врач. Потом занялась самолечением. А потом в моей беременности случилась революция, перевернувшая все мои представления об этом состоянии и о том, как нужно себя вести и что нужно делать.

Одна знакомая подкинула мне книжку Бориса Никитина «Здоровое детство без лекарств и прививок»² об альтернативном подходе к беременности и родам, в которой критикуется современная медицина и предлагается альтернативный взгляд на «этот прекрасный процесс жизни». У меня был шок от прочитанного при сопоставлении с испытанным, но и появилась надежда и вера в то, что моя интуиция меня не подвела и что это не я неадекватна реальности, но медицина наша несколько оторвалась от жизни и забюрократизировалась.

Потом, по радио, я случайно услышала передачу, в которой прозвучал такой термин, как «духовное акушерство». Стала искать в интернете, что это такое. Нашла и обрадовалась наличию здравомыслящих людей.

Стратегии пациентки: между врачами и работой

После выписки я опять пошла к своему платному доктору и пожаловалась на врачей. Заодно проконсультировалась по поводу направлений на анализы, которые я получила. Среди них был анализ на пато-

² Никитин Б.П. (2001). *Здоровое детство без лекарств и прививок*. М.: ЛИСТ НЬЮ.

логию плода, и я спросила, насколько этот анализ необходимо сдавать. Мой доктор сказал, что необходимо. Он мне посочувствовал и дал координаты «своего врача», которая работала в Московском районе. Я до нее так и не доехала. Надо было отрабатывать дела на работе, накопившиеся за неделю лежания в Центре планирования семьи.

Я сдала анализ на патологию и постаралась о нем не думать. Его делали где-то недели две.

В конце января мне позвонила домой акушерка из консультации, которая до идентификации ее со второй принимающей женщиной в кабинете была для меня совершенно мифическим персонажем, и попросила прийти на прием. Я спросила, когда вернется М.В. (врач, которая официально ведет мою беременность), и она сказала, что в середине февраля. Я сказала, что у них злобная врачиха, которая меня без оснований и с запугиваниями запихала в Центр планирования семьи, где я не могла неделю гулять (а гулять там, в принципе, негде, кругом интенсивный трафик) и была оторвана от любимой семьи. Акушерка сказала, что у них есть другой, очень хороший врач, чтобы я приходила, что все будет хорошо и эта врач мне понравится.

В начале февраля, перед командировкой в Финляндию, я дошла таки до консультации. «Другой врач» была уже известная мне специалист по невынашиваемости. Она посмотрела мой анализ по патологии и никак его не прокомментировала, что означало, видимо, что все в порядке. (Я позже переспрашивала об этом у своего врача, все ли хорошо.) Также я донесла в консультацию свои результаты анализа на гормоны. Они тоже оказались хорошими. Об этом она мне сообщила. И наконец, я отдала ей мой эпикриз из Центра планирования семьи. По поводу подозрения на воспаление почек врач сказала, что надо бы пройти курс лечения антибиотиками. Я сказала, что не хочу принимать антибиотики, так как много читала о побочных эффектах, которые могут отразиться на плоде. Врач сказала, что есть антибиотики, которые плацента не пропускает, и что всех так лечат, и ничего. Я сказала, что плацента у меня не резиновая и на нее во время беременности и так идет большая нагрузка.

И тут я снова услышала от врача вариацию на тему ребенка-инвалида, прогнозы по поводу будущей «всей жизни на таблетках» и «работы на аптеки». Я возмутилась и по возможности сдержанно (я себя не слышала, скорее всего, я говорила на повышенных тонах) сообщила, что уже слышала эту «пугалку» и не намерена ее больше слушать в этом заведении. Что я здорова, и мой ребенок здоров. Потом поду-

мала, и добавила, чтобы в мою карточку не переписывали, что я «старородящая», потому что это просто бред.

Врач оскорбилась и, переменив тему, сказала, что мне нужно измерить живот и чтобы я легла на кушетку. Спросила меня, чувствую ли я шевеления, я обрадовалась и сказала, что да и это совершенно потрясающее ощущение. Она сдержанно улыбнулась. Потом попросила меня забрать из Центра анализ, который мне сделали напоследок, и прийти 11 февраля, когда уже вернется моя врач, будет на месте терапевт, и они все вместе подумают, что же со мной, такой ужасной, делать.

...В Хельсинки я подхватила довольно сильную простуду и вернулась на день раньше домой вся перепуганная и злобная. Кашляла, чихала, болело горло, был насморк, я была напугана страшно всем этим. В какой-то книжке прочитала, что самое страшное — это повышенная температура. Ее как раз у меня не было, но в целом состояние было паршивое. Мне позвонили из консультации и попросили прийти. Я решила, что в таком виде идти к ним нет смысла, это лишь преумножит мои диагнозы и приведет к очередному непониманию. Я кое-как долечилась дома самостоятельно и через неделю снова поехала в Хельсинки на месячную стажировку.

В середине марта я вернулась на несколько дней в Питер. Зашла к врачу в консультацию. Моя врач М.В. была на месте. Похоже, мое возмущение возымело действие. Меня стали побаиваться и вместо «аптек и поликлиник» призывали быть посерьезнее. Врач так и сказала: «Посерьезнее, пожалуйста, будьте посерьезнее». Очень вежливо объяснила мне, какие могут быть риски, если я не буду лечиться и повторится плохой анализ. В основном эти риски для моего здоровья и малыша касались последнего триместра и нагрузки на почки, которая чрезвычайно возрастет. К слову сказать, плохой анализ за все это время себя никак не проявлял.

Я также сообщила, что сейчас живу в Финляндии. Меня спросили, собираюсь ли я там рожать. Я сказала, что нет, буду рожать здесь.

Четвертое УЗИ: у мальчика слишком большой мозг

Врач сказала, что на 21–24-й неделе должно пройти плановое УЗИ и что, если у меня есть возможность, лучше всего его сделать в Медицинском генетическом центре (МГЦ) на Тобольской. Это будет стоить

денег (2000 руб.), но там самая лучшая диагностика в городе. Я сказала, что возможность есть.

Запись в МГЦ велась заранее, но так как до возвращения в Хельсинки у меня было в распоряжении всего несколько дней, я настойчиво уговорила администратора на Тобольской по телефону записать меня на УЗИ вне очереди. Нашлось окошко, и мы с мужем торжественно пошли узнавать пол нашего ребенка. В МГЦ все ультразвуковое исследование записывают на видеопленку. Мы хотели отказаться, но нам сказали, что это стандартная процедура и пленку все равно запишут и отдадут, а там мы сами решим, что с ней делать.

Мы прошли к кабинету. Там сидело несколько пар. Над кабинетом зажглась лампочка «входите», и нас пригласили, спросив, мы ли записаны на 10 часов утра. В кабинете были врач и медсестра. Напротив кушетки на стене в верхней части висел экран. Слева от кушетки был стул для сопровождающего. На него посадили мужа. Врач и аппарат были справа. Медсестра сидела за пультом еще дальше справа. Врач выдавила на живот специальный гель и стала водить по животу смотровым прибором. На экране что-то появлялось и динамично меняло очертания. Мне было ничего непонятно. Врач специально ничего не поясняла и на мое: «Ой, я ничего не вижу», — особо не реагировала, но в целом была доброжелательна и говорила: «Вот у малыша глазки, вот нос, вот кулачки» и т. п. И все измеряла. Вскоре обнаружился пенис, и я стала думать, кого же я все-таки хотела, мальчика или девочку. Малыш показал язык для пущей убедительности, чем привел нас в полное умиление.

Малышу все измерили, распечатали результаты замеров на отдельном листе, который вложили в коробку с видеозаписью. Сказали, что имеет смысл прийти еще в 30 недель, так как величина мозга, хотя и находится в пределах нормы, но все-таки выше среднего. Мы, потрясенные тем, что у нас будет мальчик, пошли обсудить открытие и перекусить. Я потом начала переживать по поводу величины мозга, но что муж сказал, что раз в норме, то все нормально. Меня периодически эта мысль начинала тревожить, но потом я решила, что это все тот же сценарий *неосторожно брошенного слова*, которое ничего не значит. И в конце концов, сейчас уже все равно не важно, будет ли у него величина мозга в норме или будет больше нормы.

**Активная беременность:
и невозможное возможно**

В начале апреля я записалась на курсы молодых мамаш при роддоме «Радуга», в котором мы с мужем решили рожать. Роды там не могут проходить без специальной подготовки. Система там такая. Курсы ведет акушерка, которая потом и будет у нас принимать роды. В комплекс занятий также входит обязательное посещение бассейна и бани. Присутствие бани в списке обязательных мероприятий подготовки к родам меня поразило сначала, но мне объяснили, что это необходимо для предупреждения каких-то там заболеваний и недомоганий, которые очень часто возникают у беременных на поздних сроках (гестоз, или гистоз)³. Что-то вроде про почки там было.

На первом официальном «беременном» занятии — где-то неделе на 25-й моей беременности — в бассейне по программе подготовки к родам в «Радуге» меня многое поразило. Занятия вели сами акушерки. Собралось порядка 20 беременных женщин и девушек разной степени беременности. И все такие бодренькие, удивительно! Совсем иной контингент, чем мои прежние беременные из отделений, где лежат на сохранении. Одна все сидела в парилке и говорила: «Может, сегодня уже рожу что ли? Срок подошел. Вот Настя в прошлый понедельник после бассейна к вечеру и начала рожать». После парилки всем настоятельно рекомендовали окунуться в бассейн с ледяной водой. Обязательно с головой. Я окунулась. Хорошо! Потом были занятия в бассейне, такие довольно интенсивные. Махали и ногами, и руками, делали растяжки. В общем я поняла, что перестраховывалась, когда ограничивала себя в физических нагрузках. Были там и ужасно приятные упражнения, и те, что мне тяжело дались. Потом я поплавала, а потом еще разок сходила в парилку. Так что мои походы в парилку в Финляндии были очень своевременные и полезные, как выяснилось.

На лекции по подготовке к родам мы начнем ходить с 15 апреля. Правда, муж потом уедет на три недели и не прослушает часть. Но там

³ *Гестоз*, или *гистоз*, — ранний или поздний токсикоз у беременных; проявляется в виде отеков, гипертонии, увеличении количества белка в моче; может появляться тошнота; иногда возникают судороги; часто наблюдается прибавка в весе.

есть такие занятия, на которых надо папам тоже быть. Я пока не знаю всего расписания, но, судя по всему, времени эти занятия у меня будут занимать много. Ну и хорошо, лучше подготовлюсь, лучше рожу.

В субботу были на дне рождения друга мужа, у которого недавно родился ребенок. У жены была сложная беременность, настолько, что он как-то признался, что это был один из самых тяжелых периодов в его жизни. Все предупреждал меня по поводу яств на столе: «Ой, здесь чеснок, тебе, наверное, нельзя. А мороженое тебе, наверное, тоже нельзя». Я удивлялась: «Почему нельзя?»

На втором занятии в бассейне, через неделю, получила массу удовольствия. Особенно хорошо после парилки с заходом в холодный бассейн, в который надо нырять с головой. Одна из девушек в парилке рассказывала, что ходит в этот бассейн с мужем еще дополнительно один раз в неделю, в обычные, «небеременные» часы. И ныряет в парилку единственная из женщин, которые туда ходят. Мужчины и она. В прошлый раз ей даже какая-то женщина в парилке сказала: «Выйдите отсюда немедленно. Вам здесь нельзя находиться. Я как врач вам говорю: выйдите!».

На занятиях в бассейне беременные были в ударе. Стоя на приступке вдоль бортиков бассейна, мы закидывали ногу на край бассейна и делали наклоны — вперед, назад. У меня захватывает дух от таких возможностей двигаться. Если бы мне кто-нибудь в начале беременности сказал, что я буду делать такие растяжки, я бы не поверила своим ушам.

Более того, образ жизни, который я веду сейчас, настолько отличается от предписаний, которые я получала в начале беременности, что я не перестаю удивляться! То есть я и раньше — и в Финляндии, и в Питере — ходила в бассейн и каталась на лыжах — пока снег не растаял. Но на лыжах я ходила осторожно, пристраиваясь за пенсионерами, и не утруждалась особо в бассейне. Просто двухчасовую прогулку на свежем воздухе на морозе можно заменить часовой пробежкой на лыжах. Экономия времени и куча удовольствия. Но все эти действия осуществлялись как бы полуполюгально, потому что окружением постоянно ставились под сомнение их правомерность и моя рассудительность. Мама по телефону: «Доча, не гарцуй там особо!» Только муж меня всячески поддерживал и бодрил в моих спортивных начинаниях, благодаря его знакомству с книжкой Никитина об альтернативных подходах к осмыслению беременности и родов. И на меня, и на него

эта книжка произвела неизгладимое впечатление. Теперь, наконец, я нахожусь в окружении беременных, которые воспринимают физическую нагрузку нормально. И эта физическая нагрузка ничуть не уступает той, которую получают небеременные.

Еще к вопросу о физкультуре и физической форме, которая меня сейчас более всего занимает. Распечатала в субботу гимнастику для беременных из Интернета, с фотографиями. В целом гимнастика для беременных на удивление напоминает комплекс упражнений для осевой талии. Нагрузка получается довольно существенной. То есть даже не для беременной было бы ощутимо. С учетом моей потерянной отчасти формы многие упражнения даются совсем с трудом. Зато после зарядки наконец просыпаюсь.

Переключившись на подготовку к родам в «Радуге», я совсем забросила консультацию. Пропустила назначенную дату приема у врача, и возникло стойкое ощущение, что у меня испортится настроение после посещения консультации. А оно сейчас такое безоблачное и хорошее!

Женская консультация и Центр планирования семьи: кошмар из прошлой жизни

Я дошла-таки до консультации с утра сдать анализы. Хотела заглянуть к своему врачу, сказать, что у меня все хорошо. Врач задерживался до 11 утра, и была только акушерка. Я попросила ее измерить мне живот. Она послушала сердечко мелкого и сказала, что оно очень хорошо бьется. Я взвесилась и обсудила с ней быструю прибавку в весе и большой, по меркам моих знакомых, живот. Она была очень доброжелательна и немного меня побаивалась, как мне показалось. Посоветовала разгрузочные дни. Я согласилась, что придется разгрузиться. Я спросила, когда можно уйти в декретный отпуск. Она сказала, что через неделю, но если мне очень надо, то они меня могут оформить уже на следующей неделе. Мы договорились, что я приду в понедельник, 17-го числа, и оформлю декретный. В общем мы с ней поболтали очень мило, и я ушла.

В тот же день я решила заехать в Центр планирования семьи на ул. Комсомола, 4, где лежала на сохранении зимой, и забрать свой январский анализ. Меня об этом просила терапевт из консультации еще в начале весны.

В больнице отремонтировали главный вход. Однако в гардеробе принимали пальто, но не принимали обувь в пакетах. Я поднялась наверх, на двери было объявление: «Отделение закрыто на карантин по гриппу. Свидания с родными запрещены!» Все та же тоска. На посту сестрички быстро нашли бланк с результатами анализа. Я попросила их прочитать, что там написано, они сказали, что не знают. Посоветовали заглянуть в ординаторскую и спросить у какого-нибудь доктора. Я заглянула. Там сидел один доктор, которого я вспомнила. Пока я лежала в Центре, он все время был с похмелья красен и мрачен. Я попросила его прочитать мне результаты анализа, он посмотрел бланк и спросил, кто мой лечащий врач. Я сказала, что никто, но был зимой И. Тогда он сказал: «Вот у него и спрашивайте, я не ваш врач, так что ничего вам сказать не могу». Я удивилась и попросила его лишь прочитать мне, что там написано. Он прочитал раздраженно и, явно желая от меня отделаться, сказал, что все остальное к И. С. И. я встречаться совсем не хотела, решила, что посмотрю в Интернете, что же там нашли, и нашли ли что-нибудь.

Я вышла из кабинета, и в это время к посту подошли беременная семейная пара и миниатюрная женщина-врач. Беременную женщину оставили на посту, а врач и мужчина пошли обратно по коридору в сторону выхода. Я пошла рядом и попросила врача прокомментировать мне мой анализ. Мы подошли к лифту, и молодой человек собирался спуститься пешком. Но врач настойчиво пригласила его в лифт. Мы сели втроем в тесный лифт, и врач сказала, что анализ не идеальный, но если я не испытываю никаких неприятных ощущений (она их торжественно и громко перечислила, при этом молодой человек покраснел), то антибиотики принимать не надо. В этой торжественности и нарочитой публичности оглашения своего мнения было что-то вызывающе неестественное.

***Центр активных родов «Радуга»:
курс лекций по подготовке к родам***

Первое занятие в «Радуге» — «Лекция о правильном питании». Основная идея: по возможности сбалансировать питание, чтобы избежать приема медицинских препаратов и поливитаминов, а также железа, которые зачастую прописывают в консультациях. Если сбалансировать питание, то организм в состоянии взять все, что ему

нужно из продуктов. Со ссылкой на литературу и последние исследования того-то и того-то, железо может приводить к расстройству кишечника и интоксикации организма. Поливитамины рассчитаны на суточную дозу. Это значит, что если женщина ест еще что-то, то в организме может происходить гипервитаминоз, который, в свою очередь, приводит к повышению рисков развития пороков и ослабления иммунитета у плода.

Оптимальная стратегия общения с врачами, которая вырисовывается в связи с услышанным, не спорить и ничего не доказывать. Врачи действуют по инструкции и, скорее всего, этих книжечек про альтернативные подходы к беременности не читают. Пока не придет инструкция — препарат не применять, его будут выписывать. Так что не следует принимать бездумно препараты. Живите своей жизнью и своей головой. Не стоит переедать, а то есть риск раскормить ребенка, которого потом будет сложно родить. И обязательно нужно заниматься физкультурой, чтобы было физически легче рожать ребенка.

В конце занятия показали фильм о родах двух голландских женщин. Самое поразительное, что все проходило на экране тихо, без криков, без литров крови. Сосредоточенная работа женщины, которая переносит схватки, мужа, который делает ей массаж и помогает, потом акушерки, которая принимает ребеночка. Одни роды проходили дома, другие — в больнице. Дома, конечно, лучше: все вообще производит впечатление какого-то совершенно приватного, домашнего дела. В Голландии роды дома лицензированы и возможны на легальных основаниях.

Наша акушерка Ю. также сделала для нас экскурсию в родовую комнату, где мы будем рожать, и послеродовую палату. Эта комната похожа на гостиничный номер. Справа от входа туалет и небольшая квадратная прихожая-холл. В комнате справа большая ванная с душем, свечками по краю, образком в углу, солью и чем-то еще. В дальнем правом углу акушерское кресло. Ширма отделяет его от большой двуспальной кровати, покрытой целлофаном. Ю. сказала, что обычно, если нет осложнений, рожают на кровати либо на боку, либо на спине, и еще вариант — на четвереньках. Можно также рожать на корточках, тогда застилают пол и роженица опирается локтями на кровать. Рядом с кроватью стоит оборудование для малыша, в случае, если ему понадобится какая-то помощь. Этажом ниже находится реанимация для мамы.

В коридоре стояло старое кресло Рахманова⁴ и голландский стульчик — приспособление для рожениц, о котором я прочитала впервые у Никитина. Ю. сказала, что он не очень удобный, им редко пользуются.

***Ответственные родители:
кое-что хорошо бы знать о детском здоровье***

Помимо курсов по подготовке к родам, мы решили также закончить педиатрические курсы по уходу за малышами. По сетям выяснили, что лучшие в городе курсы ведет педиатр К.Ч. Акушерского занятия в «Радуге» не было, и я решила сходить послушать педиатрическую лекцию, которую мне настоятельно рекомендовала подруга мужа и которая с лихвой оправдала все мои ожидания. Женщина-педиатр читала лекцию о вакцинации детей, о том, как в питерских условиях избежать рахита, как устроена иммунная система взрослого человека, как устроена иммунная система новорожденного. Почему вакцинация требует критического подхода и осмысления родителями плюсов и минусов прививок. Лекция шла с 11 до 15 с небольшим перерывом. Основная идея лектора сводилась к следующему: родители, а не государство, врач или бабушки-дедушки несут ответственность за здоровье своих детей. Задача врача — дать исчерпывающую информацию о плюсах и минусах прививок. Решение о вакцинации — это решение ответственных родителей. Лекция произвела на меня неизгладимое впечатление по объему и качеству информации.

***Женская консультация:
подвергаю сомнению экспертное знание***

В конце апреля я дошла-таки до консультации и была в приподнятом расположении духа. Когда я вошла, слева в коридоре увидела своего врача, которая разговаривала с кем-то. Она бросила на меня взгляд,

⁴ Специальная акушерская кровать (кресло) Рахманова (названа по имени врача, акушера-гинеколога А.Г. Рахманова), используется при родовспоможении. Кровать на высоких ножках, с сиденьем, спинкой, двумя подлокотниками, рукоятками для рук и лотком для плода. В начальной стадии родов роженица находится в горизонтальном положении, как на обычной кровати; затем нижняя часть убирается, а спинка может приподниматься, и угол ее наклона регулируется, чтобы роженице было удобно.

но не поздоровалась и пошла по своим делам куда-то в глубь коридора. Я дождалась своей очереди и вошла довольная в кабинет. Сказала: «Здравствуйте». Врач вместо приветствия: «Становитесь на весы». Я встала на весы. Они предательски показывали 74,7 кг. Большая прибавка. Потом я села на стул и мы начали общаться. Сначала по поводу моего декретного отпуска. Она сказала, что пока может выписать его только со следующей недели. Спросила, делала ли я УЗИ в 24 недели? Я сказала, что делала и подала ей результаты. Он сказала, что раз плод растет с опережением на неделю, то можно декрет оформить и с 24 апреля. Я спросила: «Большая ли у меня прибавка?» Врач разразилась возмущениями: «Много? Да это огромная прибавка. За месяц 4,5 кг» (на самом деле, прибавка была за 6 недель, она оговорилась). Да это же первый признак гистоза, а он, в свою очередь, приведет к слабой родовой деятельности. Что у меня скрытые отеки. Я спросила, что, может быть, сначала проверим, есть ли у меня отеки, а потом уже будем делать подобные утверждения. Она сказала, что у меня много жира и жир накапливает жидкость на поздних сроках, а это ведет к тому, что все будет плохо в конечном итоге. Я сказала, что давайте сверять выпитое и выделенное и потом посмотрим. М.В. сказала, что они так не делают. Я сказала, что нам так делали в Центре планирования семьи. Она сказала: «Ну, измеряйте».

Я начала закипать и сказала, что не надо мне ставить этих нелепых диагнозов и что они ко мне не имеют никакого отношения, что никакой слабости родовой деятельности у меня быть не может. М.В. сказала, что если меня не устраивают ее диагнозы, то я могу сходить к заведующей и проверить, правильные ли диагнозы мне ставят. Я сказала, что я хожу в баню и это очень хорошая профилактика гистоза, что моя мама прибавляла тоже очень много. М.В. сказала, что это — проблемы моей мамы, а баня вредна.

В общем, мы начали ругаться. Я поняла, что М.В. была обижена, поскольку я к ней не хожу и пропускаю назначенное время. Я сказала, что, во-первых, мне незачем ходить, если я себя хорошо чувствую, и, во-вторых, я не хожу потому, что у меня после них всегда портится настроение из-за того, что меня пугают этими диагнозами бесконечными. Я сказала, что я не получаю от М.В. никакой моральной поддержки и помощи, которая для меня так важна и так мне нужна. М.В. сказала, что она здесь не за этим сидит — она несет за меня ОТВЕТСТВЕННОСТЬ! А если мне нужна моральная поддержка, то для этого существуют школы молодой матери.

Я сказала, что я себя очень хорошо чувствую. М.В. начала перечислять мои проблемы. У меня то и се, пятое и десятое, прибавка веса, низкое давление, и к тому же у меня упал гемоглобин до 113, а это почти предел нижней нормы. Я сказала, что наша акушерка в «Радуге» предупредила нас о том, что гемоглобин часто падает к 30 неделям. У М.В. и акушерки вытянулись лица.

Потом она спросила, есть ли у меня с собой пенсионное удостоверение для того, чтобы выписать мне родовой сертификат. Я сказала, что была у меня идея взять с собой в консультацию пенсионное удостоверение, но я так его и не взяла. Чтобы забрать свой листок по декретному отпуску, мне необходимо было прийти еще и на следующий день, так как листок должна была подписать заведующая, а сегодня она не принимает уже.

Потом я легла на кушетку, и у меня измерили живот, пощупали его по окружности и послушали мелкого через стетоскоп. Пощупали мне ноги на предмет отеков. Ничего не нашли.

Я спросила, как мои анализы? Она сказала, что анализы у меня хорошие в этот раз. Я заглянула в листок с результатами и поняла, что все нормализовалось. Если бы я не спросила, то мне бы ничего не сказали, а ведь в феврале меня пугали страшными последствиями. У меня вообще сложилось впечатление, что когда все в порядке, врачи ничего не говорят, т. е. не говорят, что у тебя все в порядке. Об этом можно только догадываться. Если врач слушает живот и потом говорит «одевайтесь», значит, все в порядке. Скажи себе это сто раз вслух и обрети уверенность. М.В. сказала, что теперь мне нужно ходить в консультацию каждые две недели для сдачи анализов.

Центр «Радуга»: лекции

6.05 в Радуге были занятия по пренатальной психологии. Они начались в 18 часов, так как был рабочий день. Начинаются наши занятия всегда с зарядки. Потом мы рисовали картинки своих родов. Я нарисовала сплошные цветочки, улыбающиеся мордочки: мою, мелкого и мужа, солнце и луну. Ю. сказала, что солнце означает, что рожать будем днем, луна — что ночью. Я подумала, что мы, наверное, будем рожать долго. Хотя в принципе и так получается, что где-то часов 12, так что успеем и там и там «порожать». Потом рассказывала про пренатальные матрицы, более развернуто, чем написано на сайте. В 21:00 пришел муж и успел еще посмотреть со мной кино производства «Би-

Би-Си» о беременности. На лекции нам дали список того, что нужно для родов, так называемый родовой пакет. В воскресенье мы зашли по пути в магазин и купили первые пеленки-шапочки-распашонки. Ю. также рекомендовала покупать шерстяные носочки у бабушки, которая их продает перед «Радугой».

***Физическая подготовка к родам:
занятия в бассейне и центр «Радуга»***

В начале мая был выходной, который совпал с занятиями в бассейне. Мы пошли на зарядку с мужем, и он честно сделал весь комплекс упражнений со всеми беременными, чем вызвал у меня полный восторг. Попарились в бане и довольные пошли домой. В конце недели я пошла в «Радугу» на лекцию по подготовке к родам, которые проводит моя акушерка. В «Радуге» рассказывали о предвестниках родов, и лекция была как для мам, так и для пап. Пап было много. Лекция закончилась фильмом про «сухопутные роды» в «Радуге», т. е. роды, в которых не использовалась ванна в период схваток, что является обычной практикой, если нет противопоказаний.

***Женская консультация:
назначение «доплера»⁵***

В середине мая я зашла в консультацию сдать очередную баночку и долго мучилась, заходить ли мне к своей гинекологине. Но потом решила и зашла. Мы вполне мирно пообщались, моя прибавка в весе всех удовлетворила, так как она в норме. (Боже, каких усилий мне стоит ее в таком виде держать! Интересно, это все беременные так ограничивают себя в еде или у меня такая конституция?) Она послушала сердечко и измерила мелкого, т. е. мой живот. Я спросила: «Ну как?» Она сказала: «Все в порядке».

Спросила меня, как шевелится мелкий, я сказала, что скачет в основном. Назначила УЗИ и еще «доплер». С «доплером» смешно получилось. Я спросила: «Нет ли у них такой штуки, я забыла, как она называется, для декомпрессии?» А она сказала: «Точно! Надо сделать “доплер”». Я думаю, мы друг друга не поняли. Потом мне беременная

⁵ Аппарат для замера кровотока в пуповине. Назначают при подозрении на слабый кровоток и кислородное голодание плода.

приятельница в бассейне объяснила, что это штука для замера кровотока по пуповине.

М.В. назначила прием на начало июня и попросила прийти раньше, если что-то будет не так. Настоятельно рекомендовала мне пить курантил (это тот препарат, от которого дети активно набирают массу и который в «Радуге» заменяют баней и бассейном). Я сказала, что хожу в баню и меня вполне устраивает жизнь без курантила, на что она сказала мне очень странные вещи. Что вот баня — это очень индивидуально и не факт, что всем помогает, а вот курантил статистически проверен и всем точно подходит, поэтому мне тоже нужно его пить, чтобы разжижать кровь. В общем я не стала спорить. Потом она меня спросила, какие я пью витамины, а я и забыла уже, какие она мне прописывала, и не могла вспомнить. Витамины я не пью. Она спросила: «Вы какие-то другие пьете?» Я сказала: «Нет, вот Вы мне эти прописали, и я их и пью». Наверное, было видно, что я нагло вру.

Потом я пошла в бассейн. Там в парилке выяснила, что когда мелкий методично начинает стучать, это он на самом деле так икает. Очень важная процедура, в которой детки отрабатывают дыхание. И это нормально, и все в порядке. В бассейне С. научила меня сидеть под водой и кувыряться. Мне страшно понравилось это дело. Вообще, вода у меня вызывает прилив положительных эмоций, и я вошла во вкус ныряний.

Общение с И., акушеркой «Радуги», и УЗИ в роддоме. Начало дружбы

Утром следующего дня я позвонила моей акушерке Ю. из Радуги и условилась встретиться с ней в 12:30. Мы договорились обсудить анкету, которую она выдала мне и другим беременным, сделать УЗИ и побеседовать о вопросах, которые меня волнуют. В анкете на первой странице были вопросы обо мне и партнере. Имя, отчество, фамилия, дата рождения, адрес, гороскоп, жилищные условия (снимаем, коммуналка и т. п.) и для каждого отдельно: уровень стресса на работе и в семье по шкале от 0 до 5, планируемая ли беременность, как готовились, характер питания, как рожали нас, сколько мы весили при рождении, страхи при беременности и родах у нас и наших родственников. Я все заполнила за себя и за мужа, проделала это несколько сумбурно, потому что в последний момент перед походом к акушерке, и очень подробно.

Забавно получилось с уровнем стресса. Я свой оценила как достаточно низкий дома и на работе и села заполнять за мужа. Потом решила ему позвонить и спросить на всякий случай. Выяснилось, что у него уровень стресса дома несколько выше, чем тот, который я ему поставила. Пришлось переписать.

Я пришла, подождала акушерку, и мы пошли с ней вместе на УЗИ. Перед кабинетом Ю. меня предупредила, чтобы я спокойно воспринимала то, что скажет врач. УЗИ у врача стоило 350 руб. Я положила деньги на стол и отдала Ю. обменную карту беременной. Ю. спохватилась, что мы не взяли пеленочку, но у меня была с собой простыня, и я ее постелила. Оголила живот и легла.

Врач обсуждала свою медсестру, которой была недовольна, и параллельно называла параметры моего малыша. У него большая голова, и он крупный, лежит идеально, плацента в идеальном состоянии, все хорошо, но мне надо больше двигаться, потому что есть тенденция к крупному плоду. Я сказала, что много двигаюсь и мало ем. Врач сказала, что двигаться — это не значит двигаться по квартире. Я вспомнила совет Ю. и не стала дискутировать на эту тему. Врач поругалась на свой компьютер и сказала, что он виснет периодически. Сказала, что у меня там мужичок, я пошутила: все еще? Врач сказал, не шутите, они (детки) шуток не понимают. Я вспомнила, как мой мелкий скакал как-то всю ночь напролет, не давая мне спать, и что у него наблюдается врожденное чувство юмора, как у папы. Также доктор сказала, что после прибора остаются следы на животе, и спросила, сколько я пью. Я сказала, что 1,5–2 литра в день. Она сказала, что нужно не меньше 2,5 литров, и я опять согласилась.

Потом мне велели одеваться и спросили, не смутит ли меня, если они пригласят следующую девушку на осмотр. Я сказала, что меня не смутит, и стала одеваться. Мне дали на руки заключение, и я вышла в коридор. Там ждали в очереди несколько беременных в халатах. Я обнаружила в заключении запись, что в районе шеи наблюдается петля пуповины, и напряглась. Вышла Ю. и сразу сказала, что это ерунда, и ничего не значит, и я успокоилась. Я выразила сомнения по поводу того, что в состоянии двигаться существенно больше того, что продельваю сейчас. Могу, конечно, ходить три раза в неделю в бассейн, а не два. Зарядку я и так делаю каждый день по полчаса и гуляю по два часа в день. Могу также меньше кушать, но булок и так уже не ем два месяца и питаюсь в общем идеально. Может мне хлебцы тоже не есть и фрукты?

Но Ю. сказала, что надо есть хлебцы, не есть винограда и изюма, а все остальные фрукты есть можно. Я еще предположила, что могу не есть после 6 часов вечера, это тоже помогает не набирать вес. Правда, мне, а не мелкому.

Собственно, УЗИ мы пошли делать, потому что я жаловалась, что малыш мой скачет беспрестанно и что, может быть, ему чего-то не хватает. Но результаты УЗИ показали, что ему всего хватает, даже в избытке, и что если бы у него было кислородное или какое-то еще голодание, он не был бы таким крупным и плацента была бы в другом состоянии. Ю. предположила, что, может быть, у меня крупный муж. Но я сказала, что муж у меня «стройный как кипарис», хотя у него и крупная голова. В целом сошлись на том, что генетически мелкий оказался крупным, наверное. Но главное, что он здоров. Я спросила на всякий случай, все ли хорошо у него в голове, памятью об УЗИ на Тобольской. Ю. сказала, что все абсолютно в порядке.

Потом она задала несколько вопросов о том, чем я болела и когда, т. е. повторила стандартные вопросы, и заполнила свою часть в анкете. Потом сказала, что надо бы и ей познакомиться с малышом, измерила живот и послушала сердечко. Видимо, он ворочался, потому что Ю. сказала: «Ладно-ладно, больше не будем тебя беспокоить». Посмотрела обменную карту и удивилась, что мне так мало всего назначили пить. Сказала, что при таком размере малыша курантил не надо пить однозначно.

Я задала свои вопросы и осталась довольна ответами.

***Чрезвычайные обстоятельства:
перелом руки на 35-й неделе беременности***

Такое бывает. Я упала на улице. Зацепилась кроссовкой за штырь, торчавший из порожка. Упала стремительно и по низкой касательной. Упала, свернулась клубком, легла на бок и разревелась, думая, что это конец. Меня обступили люди и начали поднимать. Я встала. Из носа шла кровь, я ударилась лицом. Я попросила позвонить по телефону, так как мой мобильник сел, и девушка позвонила мужу, сказала, что я упала и прошу за мной прийти. До дома было рукой подать. Я сказала всем, что я в порядке, и народ разошелся. Я постояла в нерешительности и побрела к дому, не очень понимая, что же произошло и какие последствия моего падения могут быть. Живот не болел. Прибежал муж, мы вместе пошли домой, кровь перестала идти.

Дома при обследовании обнаружили боль в обеих руках, ушиб носа, шишка на лбу и ушиб колена. К носу и к левой руке приложили лед и вызвали «скорую» по платной страховке. Довольно скоро приехали два врача на «скорой», увидели мой живот, выразительно помолчали. Посмотрели руки. Сказали, что, скорее всего, на правой перелом в области запястья, а на левой сильный ушиб в области локтя. Спросили срок беременности и сказали, что надо будет делать снимки. Я позволила своей акушерке. Она сказала, что если надо — значит, надо и чтобы я живот прикрыла фартуком, когда будут делать рентген. Также она попросила меня пить в случае тонуса расслабляющие препараты, чтобы не начались преждевременные роды.

***Оказание неотложной помощи по платной страховке (ДМС)
и обязательной медицинской страховке (ОМС)***

Доктор скорой помощи сказал, что меня повезут в бесплатную травму на углу пр. Энгельса и Манчестерской ул. Затем сделал значительную паузу, смысл которой я не поняла. Как потом выяснилось, он был не в курсе почему-то, что у меня платная страховка, и думал, что в моих интересах экономить. Меня попросили взять с собой бесплатную страховку (свидетельство ОМС). Муж не мог со мной ехать, так как у нас гостила малолетняя племянница и ее нельзя было оставлять одну. Я спросила, могут ли они меня привезти назад из травмпункта. Доктор сказал, что нет, это невозможно и что это будет стоить слишком дорого. Тогда второй сказал ему, что я — клиентка с платной страховкой. Тогда доктор сказал: «А-а, без проблем, конечно, подождем и привезем».

Правую руку мне повесили на косынку и усадили в машину. Меня посадили в кресло в салоне скорой, я очень хотела пристегнуться на всякий случай, но так и не пристегнулась.

***Травмпункт: дешево, коично и сердито,
но эффективно***

Мы приехали в травмпункт: грязное обшарпанное помещение со специфическим запахом. В коридоре нам повстречалась бабуля в грязном халате на двух пуговицах, с ведром помойной воды, в старых желтых резиновых перчатках. Увидев меня, она осклабилась и сказала,

что может продиагностировать, перелом у меня со смещением или без, и попросила меня показать ей руки. Один из сопровождавших меня докторов спросил ее, будет ли она для диагностики снимать свои перчатки или прямо так осмотрит меня. Бабуля сказала, что моет полы в травме уже 20 лет и может, почти не глядя, определить характер перелома. Врачи мои еле сдерживали приступ хохота. Я была менее оптимистична, но бабуля и меня несколько взбодрила.

В травме почти никого не было. В коридоре стояла женщина со снимком. Все помещение было страшно обшарпано и убого. Я оформилась в регистратуре по своему бесплатному полису и села в коридоре в сопровождении моих врачей. Я их спросила, почему меня привезли в бесплатную травму. Они сказали, что так будет быстрее и что если везти меня по платной страховке в больницу, то это все будет очень долго и не факт, что меня оттуда выпустят, и что это в другом конце города, и что тогда они точно не смогут меня дождаться и отвезти домой.

Подошла моя очередь, я зашла. В кабинете сидели столами друг к другу доктор-мужчина и медсестра. Я что-то спросила про платную страховку, и доктор довольно раздраженно сказал, что у него зарплата 5 тысяч и ему все равно, сколько пациентов у него будет и какие, и что дополнительно ему никто не платит. «Ну, показывайте, что у Вас», — закончил он. Так как обе руки у меня не функционировали нормально, я не могла самостоятельно завернуть рукав кофты и показать, что у меня. Какое-то время я пыталась сделать это самостоятельно, врач и медсестра молча смотрели на мои усилия. Потом медсестра, молодая женщина, привстала и помогла мне. Доктор бросил взгляд на мои руки, не стал ощупывать и сказал, что, скорее всего, в правой руке перелом локтя, а в левой сильный ушиб. Потом сказал, что в моей ситуации не стал бы делать снимки, так как, несмотря на фартуки, ребенок все равно получит значительную дозу облучения, и что он своей жене в таком положении ни за что не стал бы делать снимки. Я спросила, как лучше поступить в этой ситуации. Он сказал, что надо наложить лангетки на обе руки, на всякий случай, и ходить 4 дня, затем посмотреть динамику. Я сказала, хорошо.

Так как меня привезли не по месту регистрации, то он написал мне направление в мою поликлинику по адресу, указанному в полисе ОМС. Выяснилось, что гипс накладывает и работает в регистратуре один и тот же человек — молодой юноша. Перевязочная была на втором эта-

же. Я дождалась юношу из регистратуры, и мы вместе поднялись наверх. Мы с ним разговорились, пока он готовил мне гипс. Он сказал, что он студент-медик и специализируется по уху-горлу-носу и что здесь подрабатывает. Хотел стать хирургом, но денег на обучение не хватило. И вообще жалеет, что выбрал специальность врача. В 30 лет еще непонятно, что будет с карьерой.

С перебинтованными руками я вышла из перевязочной. Внизу уже скопилось очередей. Вид у меня был ужасный — пузо, и обе руки в гипсе. Меня отвезли домой и пожелали удачи. Я отправила СМС своей акушерке, что рентген не делали и в целом все в порядке. Ребенок мой не пострадал, и это утешало меня в ситуации неожиданной инвалидации.

Лечение рук, платная страховка и остеопаты

Бассейн мой накрылся, как и баня! Я очень переживала и через 4 дня записалась к врачу по платной страховке. Я пришла на прием, врач все записал, но не стал смотреть мои руки, а сказал, что так и надо ходить до родов (1,2 мес.) в двух гипсах. К слову сказать, я не могла сама одеться, причесаться и делать еще кучу мелких, но необходимых вещей. Меня это страшно бесило. К тому же дома у меня полным ходом шел ремонт. Я сказала врачу: «У меня ремонт». А он ответил: «Вот и отдохнете от ремонта. Ничего не придется делать». Выйдя от врача совершенно неудовлетворенная результатом, я направилась к своему остеопату. В остеопатическом центре была хирург, которая, сделав осмотр, сказала, что на левой руке сильный ушиб, а вот на правой, скорее всего, перелом. Мне сняли левую лангетку, а на правой руке оставили. Я страшно обрадовалась, так как обрела хотя бы какую-то степень самостоятельности. Однако рука разболелась и болела две недели с разной степенью обострения. Я каждую неделю ходила к остеопату, и она что-то там манипулировала с обеими руками. В общем, я готовилась к родам.

Из-за наступившей жары я стала отекать и решила ходить в баню с гипсом. Приехавшая подруга составила мне незаменимую компанию, и мы довольно мило проводили вместе время в бане, несколько шокируя своим видом окружающих. От занятий в бассейне и плавания все равно пришлось отказаться. Я пыталась делать зарядку, но морально довольно сильно «подкосилась».

Консультация:
нахальная «заезжая» доктор-гинеколог

4 июня я должна была появиться в районной консультации, но мне хотелось туда идти. Мне позвонили оттуда 15 июня и спросили, не родила ли я еще и как себя чувствую. Я сказала, что все хорошо и что скоро приду на прием. Но из-за переживаний у меня сбился режим сна, и я не могла проснуться утром рано, чтобы сходить и сдать анализы. В результате в конце июня мне позвонила уже сама врач и сказала, что уходит в отпуск и что мое отсутствие интерпретирует так, что я уже наблюдаюсь в «Радуге». Попросила меня забрать мой родовой сертификат (который мне так и не пригодился, так как я рожала платно). В общем она осталась на меня обижена.

В «Радуге» подошло время заключать договор на роды и предстояла консультация с начмедом. Я решила сдать анализы и пошла за этим в свою консультацию. Принимала гинеколог, заменявшая ушедшую в отпуск М.Д., явно не местная, а присланная из другой консультации. Ей ассистировала «местная» акушерка. Врач поздоровалась, открыла мою карту и сказала в мой адрес: «Ого! Даже анализы сдала». Анализы показали у меня низкий гемоглобин, и врач спросила меня, принимаю ли я препараты железа. Я сказала, что нет, что я их плохо переношу. Она спросила, что именно я принимала, и я сказала, что ничего. Доктор объяснила мне, что есть препарат, который сделан не на сое, а на чем-то другом, и что этот препарат очень хорошо усваивается, и что его надо начать принимать. Затем она спросила меня, когда у меня срок родов. Я ответила, что срок ставили на разных УЗИ разный: от 29 июня до 10 июля. Она сказала: «Сейчас посчитаем, где тут у них круг (специальный календарик)?» Затем посмотрела на мою прибавку в весе и сказала: «О, здесь все в порядке».

Потом начала осмотр живота довольно беспардонно, чем вызвала активные шевеления малыша. Сказала, что плод некрупный и что он уже низко прижат. Сердце хорошее. Затем заключила, что для 38 недель у меня вообще неподготовленная шейка матки и что ее надо готовить. Прописала мне нош-пу и свечи красавки. Сказала, что я через две недели не рожу точно. Поэтому я должна прийти к ним 5 июля, они положат меня в больницу и вызовут роды. Я округлила глаза на такое предложение и сказала, что похожу еще, пожалуй, если роды не наступят хотя бы до 42 недель, что является нормой, так как не уверена, что зачала строго по календарю. Она возразила, что плацента по-

сле 40-й недели начинает быстро стариться, а мозговая деятельность ребенка — активно развиваться и что роды надо вызывать. Я решила не спорить с ней, но мысленно «послала» ее и решила, что это мое последнее появление в этом заведении и что ноги моей больше не будет в этом медицинском сообществе. Перчатки для осмотра нужно носить с собой. У меня их не было, я заплатила 12 руб. в регистратуру и попросила отнести перчатки в кабинет.

**Центр «Радуга» и роддом:
«у меня все хорошо»**

Я вышла из консультации опять вся в возбуждении и позвонила Ю., сообщив ей подробности разговора с врачом. Ю. сказала, что пить таблетки не надо и что она меня осмотрит, но ничего страшного не видит в том, что цервикальный канал⁶ еще длинный (он к родам должен укорачиваться). Что, скорее всего, гемоглобин упал из-за перенесенного стресса и должен восстановиться.

Мы договорились сделать осмотр в субботу в перерыве лекции. 26 июня я пришла в «Радугу» в 9:30. Все выходные я ходила уже без лангетки и пошла в понедельник сдавать кровь тоже без нее. Из акушерок в «Радуге» были Н. и еще две, с которыми я лично не была знакома, но которых видела неоднократно в бассейне. Мы с Н. пошли из «Радуги» в роддомовскую часть здания по лестницам и коридорам и пришли в лабораторию, где Н., обратившись к одной из медсестер, спросила, можно ли сдать клинический анализ крови — платный. Она ответила, что можно, и взяла у меня кровь из пальца. Я спросила, сколько стоит анализ. Медсестра, которая брала кровь, оглянулась на другую, которая рассматривала что-то в микроскопе, и та сказала: 100 руб. Я отдала деньги и вышла. Мы с Н. вернулись в отделение «Радуги» и простились. Анализ должен был быть готов после 14 часов, и Н. сказала, что сообщит моей акушерке результат. Я позвонила Ю. около 16 часов, и она сказала, что результат будет готов только завтра.

На следующий день я пришла на консультацию к Ю. В коридоре сидела девушка из моей группы подготовки, а другая была у Ю. на осмотре. Мы поболтали сначала с одной, потом с другой, потом все вместе. Потом поприсутствовали на выписке третьей девушки, которая только что родила.

⁶ Шейка матки.

Ю. сказала мне, что ничего страшного и что будем рожать с таким гемоглобином. Я забыла взять и перчатки, и пеленку, но Ю. дала мне пеленку из своего дежурного родового пакета. Она осмотрела меня и сказала, что шейка мягкая и, хотя канал действительно еще длинный, она не видит никаких причин для беспокойства, и что все у меня хорошо. Она также сказала, что можно и заключить договор. Перед заключением договора нужна еще одна консультация с начмедом. Выяснилось, что он куда-то уехал, и Ю. попросила девушку из регистратуры вызвать любого заведующим роддома для консультации. Та с кем-то договорилась по телефону, и я села ждать врача. У меня уже был первый осмотр, и в результате появилась карточка, в которой коротко были записаны его результаты. Вскоре пришла доктор: зав. отделением патологии. Мы прошли в смотровую. Я дала свою обменную карту. Мы побеседовали о моем низком гемоглобине. Она выразила скепсис по поводу того, что я не принимала таблеток железа, и сказала, что не надо строить из себя таких умных, а надо следовать указаниям врачей. Что в родах будет кровопотеря и что потом, когда я буду кормить, буду падать от усталости и анемии. Затем спросила, почему я так мало прибавила, и я сказала, что последнее УЗИ показало тенденцию к крупному плоду и что я сидела на диете, чтобы не раскармливать ребенка. Она спросила, с каким весом я родилась и с каким весом родился муж. Я легла на кровать. Она больно сдавила мне живот. Я сказала, что мне больно. Она сказала, что ей необходимо посмотреть, как лежит голова ребенка, и чтобы я вдохнула и выдохнула. Я так и сделала. Через какое-то время она спросила, почему я не дышу. Мне стало смешно. Я ответила, что она же не сказала дышать дальше. Она не очень-то веселилась. Долго осматривала живот и положение малыша. И констатировала, что, скорее всего, у меня все-таки крупный плод. Потом его долго слушала, беспардонно вдавливая трубку в разные части живота. Я спросила: все хорошо с сердечком? Она сказала, что да, все хорошо. Потом она измерила мне прибором, похожим на циркуль, таз и сказала, что таз хороший и ребенок вполне должен быть к нему приспособлен.

Я оделась, и мы вернулись обратно к столу. Она спросила, есть ли у меня какие-то вопросы. Я спросила, правильно ли я понимаю, что у меня все хорошо? Она сказала, что да, все хорошо, но без какой-то радости и одобрения (которой я почему-то все ждала от врачей).

Я вышла из кабинета, а она ушла на свое отделение. Я подписала договор и заплатила 12 450 руб. за роды и 450 руб. за эту консульта-

цию (все вместе порядка 500 дол.). Пошла к Ю., сказала, что все хорошо. Ю. подтвердила, что все хорошо. Я сказала, что, пожалуй, рожу на следующей неделе. Ю. сказала, давай. Я, не очень веря в то, что после стольких переживаний я подошла к родам с установкой «у меня все хорошо», пошла, ошавевшая, домой.

В субботу, 1 июля, у нас закончились курсы. Пришел муж, мы совместно написали контрольную работу. Я — по вопросам, связанным с родами, он — по вопросам ухода за ребенком. Получили свидетельство о прохождении курса подготовки к родам. Сфотографировались всей группой. Папы почему-то фотографироваться не стали. Муж фотографировал.

Началось...

Роды начались день в день по поставленному календарным способом сроку. В воскресенье, 2 июля, я все ходила и думала, начинать рожать или все-таки закончить свою статью по Калининграду. С одной стороны, надо было закончить, с другой стороны, сил концентрироваться на ней совсем не было. К тому же у меня были явные отеки, а баня из двухразовой в неделю перешла в одноразовый режим, а по понедельникам и вторникам вообще была закрыта не только для клиентов «Радуги», но и для всех посетителей вообще. В общем я наконец почувствовала некоторую усталость от своей беременности и желание ее завершить. Я планировала начать рожать в среду, мне казалось, что это идеальный момент, но роды начались в понедельник утром. Муж тоже нетерпеливо поговаривал, что вот пора бы уже и 4 июля — хороший день для рождения нашего сына.

В воскресенье вечером (2 июля) я почувствовала небывалый прилив физических сил и желание бегать, прыгать и заниматься прочей физической активностью. Мы пошли в Сосновку — это парк недалеко от нашего дома. Довольно поздно вернулись домой и легли спать. В пятом часу утра я проснулась от регулярно повторяющихся схваток. Они были более или менее ощутимы, похожи на то, как болит живот при болезненных месячных. Я через какое-то время разбудила мужа, он пошел кипятить воду для ванной, так как горячую воду, само собой, отключили. Наверное, схватки были довольно слабые, но тогда мне казалось, что все по-настоящему. Было ощущение неизвестности: непонятно было, насколько сильнее они могут стать.

«Вступаю в роды» дома

Через час муж набрал мне ванну с морской солью, и я в нее села. Затем я в ней заснула. Проснувшись, походила по квартире, почитала лекцию про первый период родов, записанную на занятиях в «Радуге», посчитала интервал между схватками. Затем полежала на диване, затем опять посидела в ванной. Часов в 11 утра мы позвонили нашей акушерке Ю. и сказали, что, похоже, все начинается. Ю. спросила, пью ли я крапиву. Я сказала «да». Акушерка пообещала приехать через час меня осмотреть. После осмотра она сказала, что пока эти схватки больше похожи на прелиминарные⁷ и что они могут вполне кончиться ничем. То есть к 12 дня у меня было раскрытие шейки матки всего на 2 см, что в общем ничего, т. е. очень мало. Она попросила перезвонить ей на трубку часа через три, сообщить о динамике.

Вообще схваточный период был довольно занудный. Схватка — перерыв — схватка — перерыв и так бесконечно. Муж решил работать дома. Я ходила, лежала, спала в перерывах между схватками. «Мыть полы, печь пироги» не хотелось. Не хотелось и идти гулять, как предлагал муж и что мы планировали делать в первый период родов. Самое удобное положение было — стоять буквой Г, а мне не хотелось делать это в людных местах. Мне не хотелось есть. Я пила усиленно крапиву, которую М. заваривал в термосе в количествах, указанных в конспекте лекции. На схватках меня слегка мутило, но иных физиологических проявлений родовой деятельности (триммер, рвота, жар—холод) не было.

Мы созвонились с Ю. часа в три, и я описала свои ощущения. Ю. слушала через трубку сердечко малыша и осмотрела меня. Сказала, что ситуация уже совсем другая, чем утром, и что, скорее всего, мы все-таки вступаем в роды. Она сказала, что поедет в «Радугу» и все приготовит к нашему появлению. Мы можем поехать с ней или приехать попозже. Я сказала, что побыла бы еще дома какое-то время, если это возможно. Ю. сказала, что это вполне возможно и что мы можем приехать в любое время, она будет нас ждать. Мы договорились созвониться часов в 8–9 или срочно, если будет что-то (не помню, что).

⁷ Подготовительные, предродовые схватки.

Очень хочу в роддом

К семи часам вечера я почувствовала очень сильную усталость и легла спать. Я умудрилась спать между схватками и в общем хорошо отдохнула к 9 часам вечера. По воспоминаниям, у меня интенсивность схваток зависела от самочувствия. После того как я проснулась, схватки начали усиливаться. Я заволновалась и стала проситься в роддом. Периодически мне кто-то звонил на трубку, что меня раздражало. Муж, наоборот, бодрился и отвечал на все звонки, в том числе с вопросами, как у нас дела и не собрались ли мы рожать. Меня это злило, так как для меня роды — процесс сугубо интимный, и бодрые репортажи о том, что мы идем рожать, меня возмущали. Перед самым выходом из дома позвонила моя сестра из Италии, и муж сказал ей, что мы едем в роддом, включив громкую связь. О. пожелала мне удачи и сделала очень хорошее сравнение схватки с волной. Посоветовала радоваться каждой схватке, так как она приближает меня к концу всего этого процесса.

В роддоме

Меня вообще все стало раздражать. Практически сумки со всем необходимым для родов были собраны мной примерно за месяц до этого события, за исключением нескольких вещей, которые торопливо собирал муж. Мы вызвали такси, и я завалилась в машину уже совершенно ошалелая. Схватки были довольно интенсивные и сильные. Таксист очень волновался, он вез нас в роддом, до которого было рукой подать, и никак не мог доехать: везде либо проезд был закрыт, либо одностороннее движение. Наконец он привез нас к приемному покою «Радуги». Я позвонила Ю., и она спустилась в приемный покой. На входе мы отдали паспорт, обменную карту, «шпаргалку», в которой была зафиксирована основная информация обо мне и муже, и вместе пошли в «Радугу». В «Радуге» Ю. посмотрела меня, сказала, что все хорошо. В комнате также была Н. — другая акушерка, которой я как-то редактировала диплом. Она сидела за компьютером. Ю. попросила нас подождать и пошла куда-то что-то согласовывать. Мы ходили по коридору. Н. позвала меня и спросила очень спокойно и доброжелательно, как мои схватки. Сказала, что «не надо втягиваться», а «надо выталкивать с каждой схваткой все из себя». В этот момент я поняла, что действительно при схватке зажимаюсь, и попробовала

следовать совету Н. Она пожелала нам удачи и сказала, что все будет очень хорошо. Потом пришла Ю., и мы пошли по коридорам и лестницам в родильную палату.

Ю. предложила нам переодеться и вышла. Мы переоделись. Муж привез мне из командировки красоты неопишуемой «беременную» сорочку, и я решила в ней рожать. Мы стали прохаживаться по палате и «предбаннику» и ждать Ю. Ее долго не было, и я начала переживать. Мне очень хотелось в ванну. Муж позвонил Ю. на трубку, и она пришла практически сразу. Стали набирать ванну. Сначала шла прохладная вода, и Ю. с мужем стали нагревать воду электрочайником и шутить на тему того, что вот, мол, муж целый день греет воду. Потом пошла вода горячее и горячее, и в конце концов процесс наполнения ванны наладился.

Ю. взяла дуршлаг, насыпала в него морскую соль, которая входила в «родовой список», и подставила под струю воды. Ванна была большая. В ней можно было вытянуться в полный рост. Я держала душ над животом, и мне стало очень хорошо. Ванна была с подсветкой. Я вдруг вспомнила свой разговор с акушеркой Н. как-то после занятий, когда она мне говорила, что схватки надо любить. В этот период родов, который прошел в ванне «Радуги», я очень отчетливо почувствовала и волну, о которой говорила моя сестра, и спокойствие и радость в отношении происходящего. Через какое-то время у меня началось что-то очень странное с руками и ногами. Они стали затекать. То есть затекать начало все тело, так что я не могла толком разогнуть пальцы рук и ног. Я попросила сделать ванну погорячее. Ощущения не проходили. Они были очень неприятными. Муж пробовал массировать мне икры, но это не особо помогало. Ю. позвала мужа поесть, и они присели за стол и что-то поели. Мне налили в чашку настоя крапивы. Ю. периодически слушала приборчиком сердцебиение малыша. С ним все было в порядке. Потом я попросила облить меня холодной водой, так как почувствовала, что перепарилась. Муж вылил на меня ведро холодной воды. Ю. через какое-то время предложила мне выйти из ванной и попробовать полежать чуть-чуть на кровати, так как голова малыша никак не появлялась, а время шло. По первоначальным прогнозам Ю., мы должны были родить до двух ночи, но в этот момент она сказала, что к двум, скорее всего, не уложимся. Я вылезла из ванны и перебралась на кровать.

Пришла врач. Акушерка осмотрела меня и сказала, что головке малыша мешает отечная стенка шейки матки и ее «нужно заправить».

Через какое-то время, поняв, что схватки не приводят к существенным изменениям, врач предложила сделать стимулирующий укол. Мне сделали укол в низ живота. Ю. довольно часто слушала сердечко малыша. Она попросила меня поменять положение и сесть на корточки. Муж сел на край кровати и взял меня под мышки. Я села на корточки, оперлась спиной о кровать и руками о руки мужа. Ступни поставила полностью на пол. В это время я на каждую схватку делала глубокий вдох и с силой выдыхала вниз, в живот. На одну схватку я успевала сделать три вдоха-выдоха. Первый — хороший, второй — послабее и третий — слабый. Чтобы раздвинуть шейку, акушерка, а потом и врач встали на корточки на пол и делали какие-то манипуляции во время схватки, чтобы малыш мог продвинуться. Это было очень больно. Схватки были довольно сильные, и манипуляции добавляли болевые ощущения. При этом я подумала, что, наверное, в городе нет такого другого места, в котором врач и акушерка встали бы на корточки, чтобы оказать мне помощь. Вид двух людей, которые в неудобных позах облегчают жизнь мне и малышу, вселял в меня спокойствие и уверенность, что все идет правильно.

Устала

В какой-то момент, около двух часов ночи, я устала и попросила сделать мне кесарево сечение. Акушерка сказала, что не надо, что все и так получится. (Потом она сказала, что было уже поздно делать кесарево, так как малыша было уже не достать из такого положения.) Тогда я попросила обезболивание, и Ю. сказала, что уже поздно и надо продолжать глубоко дышать. Мне казалось, что у меня больше нет сил. Ю. попросила меня вставать между схватками и двигаться, чтобы обеспечить подвижность тазовых костей. Я вставала и ходила, поднимая в стороны ноги, согнутые в коленях, как мы делали на «беременной» гимнастике у Ю. Наверное, это помогло, и через какое-то время мы перебрались обратно на кровать. Я не видела, что происходило и как рождался малыш, и думала только о том, как тужиться вниз и выгаликивать ребенка. И кажется, через какое-то время, а может и сразу, мне на живот положили моего малыша. Меня поразили его размеры. Он был очень большой. Кажется, кто-то сказал: ого! Я увидела его руку с растопыренными пальчиками. Мне показалось, что он довольно сиенький. Малыша положили мне на живот, и он подал голос, раскрыв ротик. Он заплакал, и Ю. сказала, что плачет он «очень позитивно».

Родили

Потом все происходило довольно быстро, и меня это поразило, так как я ожидала таких вот неспешных послеродовых лежаний с малышом и умилений. Наверное, опасались моего кровотечения, так как акушерка очень быстро начала приводить меня в порядок. Муж перерезал пуповину (она была такой толстой, что это удалось сделать не с первого раза). Ребеночка забрали, помыли в ванной под струей воды и взвесили. 4480 г вес. Измерили — 57 см. Вошли врачи (врач и студентка?) и стали какими-то трубочками что-то делать малышу. Я сказала сразу, что не надо делать прививку от гепатита. Врач сказала: «Ну, понятно». Я спросила Ю., что делают с малышом врачи, и Ю. сказала, что ему прочищают легкие от воды. Муж стоял рядом с малышом и все контролировал. Потом малыша одели в косынку, шерстяные носки, пеленки и одеяло и отдали мужу. Потом я стала кормить малыша, и он начал есть. Я думала, что у меня от эндорфинов закружится голова, но я не чувствовала большой, все поглощающей радости. Пока я кормила, акушерка начала убирать палату и дала указания мужу приготовить чай и что-то поесть для меня. Он был несколько ошалелый и усталый и потому довольно плохо выполнял просьбы. Ю. собрала все салфетки, спустила ванну. Муж вскипятил чаю, нарезал сыр и разлил коньяк. Я покормила, и малыша положили на аппарат, на котором ему прочищали легкие. Меня переодели, и мы подсели к столу. Муж хотел сразу ехать домой, но Ю. сказала, что мое состояние требует остаться хотя бы до утра. Она договорилась насчет семейной палаты. Мы выпили по рюмочке, поели, я выпила чаю. Малыш лежал на аппарате, и я все переживала, хорошо ли ему там. Мы поболтали еще с полчаса. Я испытывала огромную симпатию и благодарность к Ю. Мне понравилось, как она работала и принимала роды.

Послеродовая палата: дайте поспать!

Было около четырех часов утра, и мы решили, что можно идти в послеродовую семейную палату. Ю. взяла младенца, я зацепилась за нее, муж взял вещи, и мы медленно пошли к нашей палате. На этаже нас встретила медсестра. Ю. обменялась с ней парой реплик по поводу платной семейной палаты, и мы зашли в палату. Медсестра сказала, что придет в 10 утра. Ю. также сказала, что обязательно заскочит к нам. Палата была большая. Дверь была со стеклянной вставкой, до-

вольно большой, на три четверти покрашенная масляной краской. Тем не менее оставалась возможность посмотреть, что делается в палате. В ней стояли две медицинские кровати на колесиках вдоль противоположных стен, довольно далеко друг от друга. Между ними у соединяющей стены стоял пеленальный столик и сделанная из прозрачного материала больничная детская люлька. У противоположной стены стояли стол и два стула и телевизор в углу. В палате были туалет и раковина. Были новый рулон туалетной бумаги и мыло. Рядом с раковиной стоял бачок с надписью «для грязных пеленок», а в туалете — бачок для мусора.

Медсестра дала мне градусник и сказала, что надо будет измерять температуру каждые три часа в локтевом сгибе. Ю. мне тихо сказала, что если температура будет больше 37, ее надо скинуть и сказать, что все в порядке. Мы легли с мужем в одну кровать. Мне нужно было спать на животе, чтобы эффективнее сокращалась матка. Хотя мы очень устали, но поспать толком так и не смогли. Я посматривала на малыша. У него была красненькая голова, местами в гематомах. Он спал.

В 10 пришла медсестра, я отдала ей градусник. Спросила меня, почему на градуснике 36,1 градус, я сказала, что температура была 36,5 и я сбросила ее. Она сказала: «Ну ладно. Записываю Вам 36,5». Она также сказала, что малышу, так как он крупный, прописали какую-то пилюлю в попу. Муж сказал, что никакая пилюля не нужна, что малыш чувствует себя нормально. В какой-то момент пришла педиатр, посмотрела малыша. Муж принес мне тарелку геркулесовой каши и три куса булки. Я поела. У меня не было сил. Прилегла на вторую кровать и чуть-чуть поспала. Долго спать не получалось, так как все время приходили какие-то врачи. Дальше последовательность прихода врачей вспоминается очень приблизительно, и их количество было довольно неопределенно. Пришли педиатры, которые делали осмотр по всем палатам. Кажется, они посмотрели нашего мальчика, проверили рефлексы. Затем пришла медработник неочевидного статуса (врач? медсестра?), которая громким голосом прочитала мою гинекологическую историю и задала какие-то вопросы. Потом пришла гинеколог, потрогала мой живот и сказала, чтобы я сдала анализы вечером и на следующее утро что-то еще сделала. Я сказала, что мы хотим выписаться домой сегодня. Она сказала, что тогда напишет направление в консультацию по месту жительства, и спросила, знают ли о нашем намерении педиатры. Мы сказали, что нет, мы пока не сообщили. Тогда

врач сказала, что необходимо получить согласие педиатров, а затем она тоже сможет оформить выписку под расписку. Муж пошел искать педиатров, которые были на осмотре.

Выписка «двоечников»: дайте уйти!

Когда муж сообщил врачам о том, что мы хотим сейчас же выписаться, ему сказали, что с таким крупным малышом этого делать не следует. Есть большой риск, что малыш заболит, и ему никто не сможет оказать помощь. Врачи сказали, что всякое может произойти, и хорошо бы, чтобы они были рядом, и вообще, малышу надо бы сделать УЗИ мозга. Муж спросил, зачем. Врач сказала, что для большей уверенности. Муж пришел в палату в противоречивых чувствах. Я это состояние узнала, так как примерно такой же эффект производили на меня беседы в консультации с гинекологом, когда явных признаков беды нет, но есть после разговора стойкое ощущение, что беда случилась или уже почти случилась.

Пришла педиатр и обратилась к нам: «Ну, двоечники...» Я очень удивилась, почему же мы двоечники. Муж проинтерпретировал это так, что мы, мол, не выполняем условия и уходим домой, поэтому мы — двоечники. Она раздела малыша и довольно бесцеремонно его осмотрела, проверяя все те же рефлексы. Малыш при этом менял свой репертуар. Сразу после родов он «пошел», но отказался ползти. Сейчас он полз, но отказывался «идти». Малыш расплакался в голос. Мы стояли рядом и, не смея помешать врачебным манипуляциям, очень переживали. Мне врач не понравился. Потом я сказала несмело, что, кажется, малышу не нравится, что с ним делают. Врач закончила осмотр и отодвинула малыша, сдвинув в кучу его пеленки и одежду. Я с тоской смотрела на кучу одежды, которую надо было как-то на него опять надевать (чего я совершенно не умела и боялась ему что-нибудь сломать). Муж конструктивно побеседовал с педиатром, и она как-то смягчилась, сказала, что в общем и целом все неплохо и малыш вполне здоров.

Муж пошел в «Радугу» и нашел нашу акушерку. Она по вторникам вела зарядку для беременных с 11-ти. Он поговорил с ней, и она попросила другую акушерку из «Радуги» (Л.) посмотреть нашего малыша. Л. пришла, посмотрела нашего мальчика и сказала, что он выглядит хорошо и каких-то явных проблем не наблюдается. Мы стали собираться домой. Я подписала какие-то бумаги, в том числе отказ от прививки против гепатита. Ю. помогла одеть малыша, запеленала его

для выписки в уголок, одеяло и повязала голубую ленточку. Мы хотели вызвать такси, так как я вряд ли смогла бы пройти больше 20 метров, но Ю. сказала, что Л. на машине, и они смогут нас подбросить до дома. Мы пошли в «Радугу» (собственно, территориально «Радуга» — это часть этажа в роддоме, которая соединяется с ним дверью, но имеет также и свой отдельный вход). В «Радуге» я прилегла на кушетку, на которой Ю. осматривала меня до родов, и рядом положили малыша. Муж налил себе чаю и присел тоже рядом. Потом мы вышли в холл «Радуги», сфотографировались с Ю. и сели в машину. Нас довезли до подъезда, и мы попрощались.

Послеродовое сопровождение

Затем Ю. посещала нас регулярно (чаще, чем положено по договору, за что я ей очень благодарна), научила купать малыша, одевать, наблюдала за тем, как заживает пупок, консультировала по всем вопросам. Кроме того, внимательно следила за моим здоровьем и тем, как восстанавливаюсь после родов. Она стала другом нашей семьи!

Ольга Сенина

**«СОХРАНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ»:
ОПЫТ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ¹
дневник наблюдений, с комментариями;
в больнице N, отделение гинекологии
(24.01.06—6.02.06)²**

В больницу я попала случайно. С утра у меня началось кровотечение. Естественно, я очень испугалась и немедленно вызвала «Скорую». Она приехала довольно быстро, спустя минут 7–10 после звонка. Приехал врач — пожилой мужчина. Он тут же сказал, что при беременности с кровотечением только больница, и предложил мне собираться, озвучив следующий «больничный набор», который нужно взять с собой: деньги, паспорт с полисом обязательного медицинского страхования, кружку-ложку-миску, халат и шерстяные носки. Пока я собиралась, он заполнял какие-то документы. Никаких процедур или исследований не предпринимал — не померил давление, не делал никаких инъекций, только спросил о самочувствии. Потом сказал, что в нашем Выборгском районе дежурят две больницы. Про одну из них — больницу N — я почти ничего не знала, а о другой у меня были не очень хорошие воспоминания, и я слышала про нее много плохого; моя тетка в свое время говорила: «Туда только умирать возят. Самая плохая в городе!» Поэтому выбрала больницу N. К тому же она поближе к дому. Врач на мой выбор отреагировал: «А ты соображаешь...» Я спросила: «А она что, лучше?», но вопрос проигнорировали. Врач

¹ Автор — научный сотрудник исследовательского центра, 36 лет.

² Жанр данного текста можно определить как дневник с комментариями автора. Он вырос из заметок, которые я делала во время моего двухнедельного пребывания в больнице. Позднее, будучи уже дома, я более подробно расписала свои черновые записи. Оттого все повествование разворачивается лишь отчасти хронологически и в основном все заметки структурированы по темам.

со «Скорой» позвонил в больницу и сообщил, что «везет больную». Потом поинтересовался, живу ли я одна и кого надо предупредить. Я сказала, что сделаю это позже, когда станет хоть что-то понятно.

По пути в больницу врач тихонько советовал: «Оленька, если хочешь сохранить ребенка, то так сразу всем и говори. И давай всем денежку, не жалей!» Кстати, ему я «денежку» не дала. Уже потом подумала, что, наверное, надо было. Но не сообразила! Да и мне как-то было совсем не до этого...

В приемном отделении врач из «Скорой» отдал какие-то документы и мой паспорт с полисом на стойку регистрации, а меня посадил ждать рядом. Там стояло 7–8 стульев, все они были заняты, несколько людей стояло. Врач попросил для меня освободить одно место. Место уступил молодой человек. В общей сложности оформления ждали 5 больных, а также их сопровождающие. Я прождала минут 20 до того момента, когда меня подозвали к стойке: там вручили «Карту больного» и объяснили, как пройти в гинекологическую смотровую приемного отделения. Я почти заблудилась в лабиринтах коридоров, но в моменты отчаяния встречала указатели. Наконец я нашла «гинекологическую смотровую». В очереди сидели еще две девушки. Довольно долго (минут 15) никого не вызывали, и я сама постучалась в кабинет. Там были три врача, и они пили чай. Я пожаловалась, что у меня сильное кровотечение, я очень боюсь и прошу, чтобы мне помогли побыстрее. Тогда мне вручили банку и сказали, что «для начала надо сдать мочу — все остальное потом». Туалет, где можно было собрать анализ, я нашла с трудом. Дверь в туалет не закрывалась, раковины, чтобы помыть, не было. Пока я пыталась пристроиться и попасть в банку, пару раз в туалет заходили: сначала ворвался мужчина, тоже с баночкой в руках, потом медработник (женщина) поторопила меня.

Когда я вернулась в смотровую, меня сразу приняли. Сначала довольно молодая (лет 25) врач заполняла историю болезни. Спрашивала про болезни, протекание беременности, про беременности ранее. Спросила: «Желанная беременность? Вы хотите ребенка сохранить?» Я ответила, что очень. Тогда врач сама произнесла вслух: «Ага, 36 лет, детей нет, беременность сохранная» — и подчеркнула эту фразу 2 раза в истории болезни. (Очевидно, это та самая «социальная картинка», которая во многом объясняет репродуктивные стратегии пациента, сопровождает беременность, как бы объясняет ее «ценность». Эту формулу — «36 лет, детей нет» — потом медработники воспроизводили

неоднократно, например врач-«узист», мой лечащий врач и заведующий на обходе. При этом, мне так кажется, была важна именно моя бездетность как факт в этом возрасте, а не ее причины до этого — бесплодие или нежелание иметь детей.) Здесь же, в смотровой, у меня взяли кровь, потом посмотрели на гинекологическом кресле — сначала молодая, а потом та, что постарше, со словами: «Дай-ка я сама еще посмотрю».

Затем медсестра отвела меня к камере хранения одежды, где была довольно большая очередь, и еще минут 20 я ждала, пока «оформят» мое пальто и ботинки. Кстати, потом уже, после выписки, я выяснила, что из пальто пропал проездной билет на метро. В камере хранения работали две неспешные пожилые женщины. Но довольно веселые — распевали песни: «Меня прет, меня прет, потому что Новый Год». Честно говоря, выглядело это несколько диковато. Рядом с кладовой стояло всего два стула, поэтому сидели только две старушки, остальные больные, человек восемь, стояли в ожидании своей очереди. Потом нянечка собрала нас всех и стала разводить по отделениям. Она никому не помогала, несмотря на то что с нами была совсем старенькая бабулька, которая еле тащила свой громадный баул. Я кинулась ей помогать, хотя, наверное, этого не стоило делать хотя бы из инстинкта самосохранения.

Меня первую из всей компании привезли на мое отделение. И тут же, еще у лифта, нас встретила врач в халате и в перчатках: «Вы на чистку?» Провожаящая меня резко ответила: «Нет, эта на лечение. Вам бы всё чистки!» — и отвела к стойке, где сидят медицинские сестры. Первая фраза, которую я услышала на свое приветствие, была: «Здравствуйте! У нас есть кулер с чистой водой и можно делать кипяток. Поэтому сдавайте 20 рублей». Но у меня была только крупная купюра, и я сказала, что сдам всенепременно, но позже. Они назвали номер моей палаты, велели туда отнести вещи и потом самой поискать врача, которая, очевидно, в ординаторской. Я нашла свою палату, кинула рюкзак, переделалась зачем-то в халат (наверное, чтобы стать «совсем пациентом») и отправилась искать врача. (Складывается впечатление, что больной, несмотря на то что он уже в больнице, документы уже вроде оформлены и «машина закрутилась», пациентом становится только на отделении, когда получает «свою койку» и «своего врача». Тогда наступает момент, когда за тебя начинают отвечать. До этого хорошо иметь провожатого, который будет выступать в качестве посредника при общении с персоналом, сопровождать, помогать и пр.)

Пространство гинекологического отделения, куда меня определили, наверное, как и в большинстве больниц, представляет собой коридорную систему. Отделение расположено на 7-м этаже. Выходя из лифта, сразу попадаешь в довольно большой холл, который выполняет функции публичного пространства: это столовая, где кормят пациентов, и в то же время это место, где пациенты общаются с посетителями. Соответственно в холле стоят обеденные столы, а также есть диваны и кресла. Пространство «обустроено» фикусами и другими комнатными растениями. Здесь же вход в кабинет заведующего отделением. В его кабинете я не была, но, судя по всему, там, в отличие от всего остального пространства, сделан ремонт. Во всяком случае, установлена новая и дорогая дверь и вывешена металлическая табличка, чего нет на других кабинетах. В холле очень холодно. Очевидно, это «ничье» пространство, и поэтому окна не заклеены. Налево и направо от холла идут длинные коридоры. В коридоре направо расположены больничные палаты, общий туалет, «Комната личной гигиены». Вдоль стены стоят больничные каталки. Из собственно «медицинских пространств» здесь расположена стойка поста медицинских сестер и процедурный кабинет, где обычно берут кровь на анализы и делают инъекции. Но надо сказать, что в этом коридоре медицинский персонал встречается редко. Медсестры почти никогда не сидят за своим «рабочим местом», лишь по утрам на этой половине суетятся «люди в белых халатах». Коридор налево от холла — это пространство медицинского персонала; здесь расположены ординаторская, смотровая, кабинет УЗИ, кабинет старшей медицинской сестры и другие врачебные и хозяйственные помещения.

Итак, я пошла искать врача на «другую половину» отделения. Там меня уже встретила молодая врач, которая осматривала внизу. Сказала, что она ассистент моего лечащего врача, но не представилась. Они пообсуждали, очевидно с медсестрой, надо делать мне УЗИ или не надо. Потом решили, что все-таки стоит: «Может там и сохранять-то нечего уже», вызвав этой фразой мой приступ слез, который успешно игнорировали. Минут 10 искали врача, который делает УЗИ. Затем делали УЗИ. Аппарат установлен не в отдельном кабинете, а в палате, где стоят еще четыре больничные кровати. Кушетка рядом с аппаратом отгорожена от остального пространства ширмой. Когда мне позднее еще раз делали УЗИ, в палате лежала одна пациентка. Но, как я поняла, это не обычная практика — просто сейчас ремонтировали

несколько комнат, и пока не хватало кроватей, они совместили палату с медкабинетом УЗИ. Врач-«узист» какое-то время пыталась наладить аппарат, ругалась, что он «уже виды выдавший. Да как на таком работать?!». Затем у нее все заработало и меня посмотрели. Мне «в процессе» ничего не говорили, но ассистент моего врача и врач-«узист» разговаривали между собой, и я услышала, что «сердцебиение есть, плодное яйцо в матке». Мне лишь сказали: «Все, сохраняемся! Вам теперь лежать и главное — не волноваться!» Отвели в палату и велели обязательно лежать: «Получайте положительные эмоции. Старайтесь думать о хорошем!»

Довольно скоро в палату пришла медсестра, которая сделала два укола. На вопрос, что мне делают, довольно раздраженно ответила: «Все вопросы к лечащему врачу. Она будет завтра с утра». Хотя времени, наверное, было что-то около полудня. На следующий день у врача я выяснила, что один из уколов был прогестерон, а про второй сестра сказала, что не в курсе, но предположила, что успокаивающее.

Вскоре после уколов в палату зашла доктор (ассистент моего лечащего врача), которая меня смотрела в приемной и потом на УЗИ. Она продиктовала список лекарств, которые надо купить. Но сказала, что надо это сделать довольно срочно, чтобы начать лечение уже сейчас. Я объяснила, что ко мне посетители придут, скорее всего, вечером, не раньше пяти. Тогда она предложила, чтобы я попросила своих соседок спуститься вниз в холл больницы и все купить в аптечном киоске. Говоря это мне, она выразительно поглядывала на двух моих соседок по палате. И одна девушка вызвалась сходить чуть позже, после того как ее саму посмотрит врач. И спустя час, выяснив, что ее лечащий врач уже ушла, сходила за лекарствами. Всего было куплено лекарств рублей на 60–70. Но этих лекарств хватило дня на четыре, т. е. потом я еще несколько раз их докупала. При этом в больнице бесплатно мне выдавали лишь витамин Е и ежедневно делали инъекции прогестерона.

В палате, в которой я лежала в первый день, стояли 4 кровати, у каждой кровати — тумбочки и еще один стол и один стул, есть умывальник. В палате было довольно холодно, и поэтому постоянно работал обогреватель, который принесли родственники одной из лежащих в палате больной. Туалет общий, в коридоре. Но там не было умывальника. К тому же туалет не закрывался на щеколду — она была давно и безнадежно сломана. Поскольку туалетом пользуются пациенты еще

из четырех палат (обычно 16 человек), то, как правило, занятость его определяется лишь по выключателю. Позже я выяснила, что есть еще «Комната для личной гигиены», в которой есть унитаз, а также биде и очень маленькая ванна. Но в ванной был только кран и не было душа, так что пользоваться ею можно было, лишь погрузившись в нее, чего очень не хотелось, потому что довольно часто там плавали какие-то больничные «штуки» — я совсем не уверена ни в их названиях, ни в их чистоте. Душа на отделении нет. Этой «помывочной» пользовались практически все пациенты (кроме двух пациенток одной платной палаты, у которых в блоке на двоих был свой туалет и душ). Комната для гигиены тоже не закрывалась изнутри. В нее довольно часто по утрам и вечерам выстраивалась очередь.

Сначала в палате нас лежало трое, часам к четырем дня привели еще девушку, которая сначала плакала тихонько, но потом к вечеру адаптировалась и уже активно со всеми общалась. Общение между пациентами, как мне удалось наблюдать, завязывается довольно быстро, основание — общие вопросы о том, что и где расположено, о режиме работы столовой и кафе, режиме работы врача, и пр. Потом постепенно задаются друг другу вопросы: «А у вас какой диагноз? Вы уже давно здесь, выздоравливаете уже?» Как я потом выяснила, тут пытаются формировать палаты «по диагнозам», во всяком случае, пытаются разделить беременных. Так, довольно часто можно услышать от медсестер: «Палата беременных», «Палата абортников». Или же определяют пациента: «Вы из 701 или 702?» Позднее ко мне несколько раз обращались: «704-я, Вам на укол надо подойти». При этом обитатели одной палаты — как правило, пациенты одного врача. И на палате вывешено объявление: «Ваш лечащий врач — ФИО». Кстати, я наблюдала, что эти вывески иногда меняются, т. е. информация периодически обновляется в соответствии с изменением ситуации.

В этот день ко мне приходили два посетителя. Время для посещения официально с 17.00 до 19.00. Первая моя посетительница пришла часа в три дня. Она рассказала, что на входе в больницу стоит охранник и никого не пускает. Моя подруга категорично сказала ему, что сегодня пациента привезли по «Скорой» и надо срочно передать вещи и лекарства. Ее пропустили без проблем. Позднее, но чуть раньше разрешенных часов для посещений, пришла сестра. Ее тоже сначала не пускали, но она возразила, что не уйдет никуда, ей надо срочно и обязательно, и охранник махнул рукой и пропустил. Потом уже выясни-

лось, что обычная «такса» нарушений — 20 рублей. Просто без слов даешь охраннику, и он без вопросов пропускает. После восьми часов вечера проход уже стоит 30 руб. При этом я пыталась выяснить у врача, можно ли заказать постоянный пропуск, и она объяснила, что это довольно хлопотно и что проще давать деньги охраннику. То есть это всем известная и признанная практика.

К вечеру, часов в 7, у меня началась аллергия (астматический приступ) на пыль в палате и пыльные подушки-одеяла-матрас. Мои соседки позвали медсестру, а та, в свою очередь, дежурного врача. Врач решила поставить капельницу и сказала, что вызвала терапевта, но у тех запарка и они подойдут позже. Капельница помогла ненадолго, и вечером, часов в одиннадцать, стало еще хуже. К 23.30 подошел врач из отделения реанимации. Они вместе с дежурным врачом гинекологического отделения тут же между собой стали обсуждать, забрать ли меня в реанимацию или снимать приступ здесь. При этом я чувствовала себя не так плохо и все время пыталась вмешаться в разговор, говоря, что я никуда не пойду и останусь здесь. Меня игнорировали, никак не реагируя на мои возражения. То есть они общались лишь между собой, даже не глядя в мою сторону. Потом я услышала назначения и спросила, насколько это опасно для беременности и для ребенка, и меня опять вообще не услышали. При этом я могу предположить, что спрашивала довольно громко и нервно. Но меня не слышали. Медсестры сказали, что у них таких лекарств нет, и им врач ответил, что все есть в отделении реанимации и надо туда подойти, им дадут, но все обязательно записать, что и сколько взяли. Через полчаса медсестры пришли с лекарствами, сделали мне укол и поставили капельницу. На вопрос о том, что это, не ответили вообще. Чуть позже подошел врач-терапевт, извинился, что так поздно, объяснил, что был очень занят. Шел он больше пяти часов. Но зато сел рядом и поговорил, чему я обрадовалась. Я спросила, как он думает, насколько назначенное лекарство вредно для плода. Врач сказал, что тут нужна консультация специалиста, но он считает, что это одноразово и не такая страшная доза. И потом, нужно же спасать меня. На мои возражения, что мне не так плохо, что я уже убрала пыльные подушку и одеяло и скоро, скорее всего завтра с утра, и так станет легче. А я волнуюсь за ребенка. Врач ответил, что «для нас пока главное — здоровье матери». Но потом успокоил, что все будет хорошо, и ушел. Был уже час ночи, и всей палате мы не давали спать.

На следующее утро ко мне пришла моя двоюродная сестра, которая здесь уже лежала раньше. Сказала, что она знает все правила, что тут надо всем давать деньги, переводиться в платную палату и обязательно менять врача. И она ушла разговаривать со старшей медсестрой про платную палату. Сначала, где-то в половине десятого, пришла уже знакомая мне ассистент лечащего врача и объявила, что врач придет сегодня позже. Врач (женщина чуть более тридцати лет, с каким-то невероятным вечерним макияжем и маникюром — интересно, как она осматривает пациенток...) подошла где-то к 11-ти. То есть я увидела своего лечащего врача спустя лишь сутки. Сначала она подошла к пациентке, которая в этот день выписывалась, спросила, нужны ли той больничный или справка в институт, и сказала, что диагноз, по желанию, они могут написать другой. Как я поняла раньше из разговоров, у пациентки был аборт, но не из-за того, что беременность была нежелательной, а из-за каких-то проблем со здоровьем самой пациентки. Девушка ответила, что ей ничего из документов не надо, и спросила про лечебные рекомендации. Врач ответила, что надо провериться на скрытые инфекции, но она ничего не будет рекомендовать, где лучше это делать, так как сейчас везде делают эти анализы. Затем она подошла к следующей пациентке, которая поступила вчера, просмотрела ее документы (результаты УЗИ, которые пациентка привезла с собой) и сказала, что, по данным УЗИ, у ребенка не зафиксировано сердцебиение: «Это замершая беременность, что Вы хотите? Будем чиститься». Пациентка заплакала и пыталась поспорить, что еще очень маленький срок и, наверное, просто не прослушивается сердцебиение. Врач ответила, что можно, если пациентка хочет, конечно, «попробовать еще пообследоваться и посохраняться», но у них аппарат УЗИ только для внешнего осмотра и надо куда-нибудь поехать провериться. «У Вас есть родственники? Звоните им, пусть они Вас куда-нибудь свозят на УЗИ, и еще сдайте кровь на ХГЧ³ — это можно платно в больнице сделать, 180 рублей стоит. Потом посмотрим, что можно дальше сделать». (Интересно, почему не с этого начали?! Врач не могла не понимать, что это было довольно сильное эмоциональное давление — категоричное «замершая беременность» и лишь позже «ну еще можно попробовать посохранять»... При этом на слезы пациентки реакции никакой не было в принципе.)

³ ХГЧ — хориогонический гонадотропин человека — особый гормон беременности.

Затем врач подошла ко мне и сразу сказала, что раз я перевожусь в другую палату, то там все и скажут. Но я все равно решила спросить про свое состояние и перспективы и про результаты вчерашних анализов (кровь, моча и мазки, которые взяли еще в приемном отделении). Она неожиданно довольно красноречиво стала говорить: «Ну, Вам столько лет, и в Вашем случае можно только надеяться на бога, все в его власти! К тому же, что Вы хотите?! В Вашем возрасте уже естественный отбор...» О том, что со мной происходит, какое необходимо лечение, не сказала ни слова. И, честно говоря, я поняла, что надо всенепременно менять врача! Даже если этот монолог был нацелен на что-то вроде психологической поддержки, то меня это только раздражило. (Вопрос бога оставим в стороне, но если идет такая сильная апелляция к возрасту, то мне гораздо важнее услышать о возможных проблемах и рисках, о чем, кстати, я слышала только на приеме у генетика. При этом довольно часто в течение всей моей беременности в разных медицинских структурах мой возраст проблематизировался. Насколько я поняла, «критический возраст» для беременности в нашей медицинской системе — 35 лет. Беременные старше этого возраста являются объектом особого внимания медицины.)

Позднее меня перевели в платную палату. Точнее, это один «блок» с двумя палатами, где лежат по одному пациенту, с общим туалетом и душем на двоих. Есть всего лишь один такой блок на всем отделении, т. е. в платной палате одновременно могут лежать только два человека. Палата стоит 500 руб. в сутки. «Плюсы» палаты, помимо почти индивидуальных гигиенических удобств, — свой холодильник, два кресла, журнальный столик и, что для меня оказалось важным, светильник над кроватью, так что можно было читать, потому что в остальных палатах есть только общее освещение, и оно очень тусклое. Да! И этот светильник включался тут же, в то время как все выключатели общего освещения, в том числе и в платной палате, были выведены в общий коридор, и чтобы его включить/выключить, надо вставать и выходить в коридор. На всех палатах, включая и платную, висят объявления о том, что «участились случаи краж» и что пациенты должны быть внимательны. На этом объявлении был нарисован мобильный телефон, вероятно, чтобы было понятно, что же воруют.

В новой палате ко мне подошла и новая врач (Л.Д.) — женщина лет 50-ти, очень активная, напористая, говорит быстро. Она вошла в палату, села в кресло и начала листать мою историю болезни. Я: «Что пи-

шут?» В ответ: «Да тут такое пишут, что я выскабливание немедленно должна делать. Ситуация острая. Тут в основном все с угрозой выкидыша лежат. А у вас уже начавшийся выкидыш. Я не господь бог, но мы постараемся сделать все возможное» (как-то удивительно часто говорили про бога). Л.Д. сделала новые назначения лекарств, и когда я спросила, а как же другие лекарства, которые мне прописали вчера, довольно сурово ответила: «Давайте ничего не обсуждать про вчерашнее! Назначение других врачей я не обсуждаю. Теперь вы мой пациент!»

Кстати, почти все врачи в этой системе вынуждены выстраивать и отстаивать свою компетентность и профессионализм через свое отношение к другим лечебным учреждениям или врачам. И, как мне показалось, довольно часто это отношение — «умаление профессионализма» других. Так, когда я еще лежала в общей палате, одна пациентка показала врачу результаты платного УЗИ — «у платников делала», на что врач отреагировала: «А почему я им должна верить? Может, это вообще результаты не ваши!» При этом, как я видела, результаты УЗИ были распечатаны на официальном бланке. Другой пример связан со мной. В первый же день я рассказала Л.Д., что у меня есть свой врач в клинике им. Отта, и что у меня там назначена процедура по пренатальной диагностике в ближайшее время, и я хочу посоветоваться с ней, стоит ли мне ее делать сейчас. Л.Д. сразу довольно болезненно отреагировала, что, может, я вообще хочу уйти отсюда в «Отта», и сказала, что я сразу должна решить, буду я здесь лежать или нет. И что «разницы никакой нет, везде одна технология!». И еще. Я не помню самой ситуации завязки разговора, она как-то в нашей беседе отреагировала: «Есть еще такая “С.” (российско-финская клиника) или, как ее, “А.-П.” (Центр репродукции), я про них слышать ничего не хочу! После них такие пациенты приходят...»

Здесь же, наверное, уместно поразмышлять о моем доверии к врачу. Без доверия лечение, наверное, почти невозможно. И проще «расслабиться» и следовать предписаниям. Но я все-таки так или иначе пыталась «обезопаситься». Так, все назначения я озвучивала своим родственникам и друзьям, которые, в свою очередь, получали информацию о разных «ситуациях» из различных интернетовских страниц и форумов или от знакомых. Кроме того, у меня до этого «происшествия» уже был свой врач из платной клиники. Уже на следующий день после того, как я попала в больницу, моя двоюродная сестра съездила на прием к «моему» врачу за советом. Тот дал ей номер своего

мобильного телефона и предложил, чтобы я сама звонила ему. По телефону он тщательно выяснил все назначения, сказал, что в общем все нормально, все правильно, что не так все серьезно и я могу смело выписываться из больницы. Однако я, честно говоря, была не уверена, что это правильное решение — уйти из больницы, ибо опасалась за протекание беременности. Но звонок врачу был своего рода «страховкой» — я убедилась, что «все нормально» и лечение «правильное». Однако про свои звонки другому врачу, Л.Д., я говорить не стала.

Деньги. Моя суперактивная двоюродная сестра заявила, что я должна обязательно дать деньги своему лечащему врачу. Сумму я обсуждала с ней и с подругами, и как-то все решили, что «тысячи будет достаточно». Сестра предложила сумму обсудить с самим врачом. Надо сказать, что я этого никогда не делала и чувствовала себя довольно неловко, продумывала заранее речь. Я заранее подготовила купюру, и когда в третий день моего пребывания в больнице и во второй день патронажа Л.Д. она в очередной раз зашла ко мне в палату, я что-то сбивчиво стала говорить, что верю в профессионализм, что каждая работа должна оплачиваться и что я хочу отблагодарить ее. Л.Д., так же сбивчиво, стала отвечать: «Ой, да ну что вы! Мы же всем стараемся помочь. Я даже покраснела, видите! Ну, положите мне в карман». Я лежала в этот момент, а она стояла надо мной, и я как-то суетливо зачихнула ей эти деньги в карман. И у меня осталось какое-то чувство неловкости, но, скорее всего, это мои личные переживания и отсутствие опыта в таких ситуациях. Кстати, я полагаю, что все было бы удобнее и органичнее, что ли, если бы я давала деньги в ее кабинете и в конверте, а не в «положении лежа» смятую купюру. Или если бы это делал «проводник», а не сам пациент. А так разыгралась сцена «неловой ситуации». Кстати, при ее реакции — «мне неудобно», наверное, обсуждать саму сумму и отсчитывать ее из кошелька было бы довольно сложно. Но может, это только мои переживания. Да, а когда я выписывалась, по совету друзей и родственников я тоже дала ей деньги, хотя была намерена подарить просто бутылку хорошего вина или конфеты. Про вино или конфеты — это какое-то «общее место», у меня не было сомнений, что так надо сделать обязательно и что благодарность выражается именно так. Но все вокруг советовали дать еще денег: «Вдруг еще вернешься, хорошие отношения пригодятся! Или что-то еще посоветует тебе». Но эта ситуация была уже намного проще. Я подготовила мешочек с бутылкой вина и туда вложила деньги. Когда при-

шла Л.Д. с рекомендациями, я сказала, что хочу поблагодарить ее, и вручила пакет. Л.Д. разулыбалась и сказала, что я знаю режим ее работы и могу просто заходить к ней на консультацию: «Ну, ты знаешь, где и как меня найти!»

Мои денежные инвестиции были связаны прежде всего с желанием «купить» внимание врача — общение и разъяснения, о которых я пишу ниже. Тем не менее можно сказать, что я «купила» и особое внимание, которое, впрочем, было лишь в первые дни моего пребывания в больнице. Так, когда я три раза приходила к Л.Д. на осмотр в смотровую и два раза на УЗИ, Л.Д. всегда вызывала меня первой, хотя в очереди уже сидели пациентки. Если возникали вопросы среди других пациенток, подошедших раньше, она отвечала: «Я по состоянию всех вызываю. Вы же себя хорошо чувствуете, а мне надо срочно осмотреть ее (меня)».

Про то, дают ли другие пациенты деньги и как благодарят, я ничего не знаю — не видела. Очевидно, этот вопрос можно было бы легко обсудить с соседями по палате, но я была «изолирована» в отдельной.

Как я выяснила позднее, моя сестра, когда оплачивала палату, дала старшей медсестре еще 1000 руб. «на всех медсестер» и за 300 руб. «договорилась» с буфетчицей, что та мне будет приносить еду в комнату, хотя она должна была это делать и так, поскольку я первую неделю считалась «лежачей». «Особое» отношение было ровно четыре дня, еду мне носили в палату, и пару раз «просто так» заходили медсестры: «Как Вы себя чувствуете? Если что, возьмите чашку и громко ложкой об нее стучите» — кнопка вызова медсестер не работала. Советом я не воспользовалась, ибо не было нужды, но если бы и была, то вряд ли бы мой призыв медсестры услышали — их почти никогда не было на сестринском посту, расположенном близ палат. Однажды заходила старшая медсестра с вопросом: «К Вам медсестры заходят?» Возможно, потому, что деньги «на медсестер» были даны именно ей. Не исключено, что внимание ко мне первые дни было связано и с приступом, потому что, как призналась старшая медсестра, «мы все испугались и за вас переживали».

Отношения с медицинским персоналом. Л.Д. ко мне заходила ежедневно, кроме субботы и воскресенья. Первые три дня она заходила по нескольку раз. При этом садилась в кресле и «разговаривала с пациентом». Как правило, сначала это были вопросы про самочувствие, а потом она рассказывала про результаты анализов. Но такой рассказ

был на уровне: «Анализы плохие» или «анализы хорошие». На вопрос о том, как плохие и почему плохие, ответ: «Ну, у Вас же начавшийся выкидыш. Они такие и должны быть!» Со временем Л.Д. уже все меньше заглядывала ко мне, а если и заходила, то останавливалась в дверях, спрашивала, как дела, подтверждала назначение лекарств и быстро убегала.

В отличие от поликлиники, здесь есть впечатление того, что врачи «очень заняты». Это не прием и не консультация, когда тебя выслушивают и что-то советуют, а лечение в больнице — это какое-то оперативное реагирование на проблемы со здоровьем, и тут вовсе не готовы и не расположены к разговорам и разъяснениям. Л.Д. почти меня не слушала и уж точно не ждала и не хотела от меня вопросов. В отличие от приемов в поликлинике она ни разу не спросила, есть ли у меня вопросы. Их мне надо было готовить заранее, ибо наши встречи с ней происходили так быстро, что я не успевала их продумать. Но когда все-таки я их задавала, она реагировала очень быстро и на медицинском языке — «у Вас лютеиновая фаза...» и совершенно не была готова «переводить» это на обыденный язык или понятно и развернуто объяснять. Когда же я переспрашивала, Л.Д. повторяла предыдущий, а отнюдь не переформулированный ответ. Лишь одна дежурная врач поговорила со мной на более или менее понятном языке, объяснив причину моих проблем с беременностью. Она же сделала шаги в сторону «личных отношений» — спросила, что я читаю и где купила такую кружку, чем вызвала какое-то расположение и доверительное отношение с моей стороны. Л.Д. никогда таких попыток и движений не делала, отношения не выходили за рамки «врач/пациент».

Не знаю почему, но у меня сложилось ощущение, что в больнице пока невозможны и несостоятельны капиталистические или, скажем, контрактные отношения. Я платила деньги в расчете на то, что покупаю не только комфорт и удобства — отдельную палату, — но и медицинские услуги. И в такие услуги, по моему мнению, должно входить не только диагностирование, медицинское обслуживание и процедуры. При этом я прекрасно понимаю, что здесь, в районной больнице, гарантированно я не могу купить профессионализм — либо надо искать клинику «с репутацией», либо рассчитывать на везение, что тебя «припишут» к хорошему врачу. Но у меня были совершенно сформулированные и четкие ожидания по поводу отношений с медперсоналом. Однако мне за деньги были готовы предоставить только относи-

тельный комфорт. По-моему, здесь никому в голову не приходило, что возможно и необходимо изменять/продавать особое отношение к пациентам: общаться и разъяснять, не хамить, уважать некую приватность и пр. И вот эти какие-то, на мой взгляд, совершенно «советские» отношения доминируют — иной тип невозможно купить в «обычных» больницах. И в этом смысле контрактных и капиталистических отношений здесь нет, и пока нет даже в перспективе.

Довольно часто на вопросы о причинах проблем медики отвечали, апеллируя к моему «психологическому состоянию» или к сверхъестественным силам (божественному промыслу). Звучали также высказывания о том, что лечение зависит от «эмоционального настроения». Отчего-то в этой сфере медицины, на мой взгляд, очень часто востребуется и приписывается гипертрофированное значение психологическому состоянию. При этом эмоциональная работа как таковая врачами практически не проводится, в частности, слезы пациенток — а их я видела там не так уж мало — либо игнорируются, либо вызывают раздражение.

Дважды за две недели ко мне заходил заведующий отделением. Первый раз я даже и не поняла, что это заведующий. Тогда он пришел один и спросил про жалобы и пожелания, поинтересовался, тепло ли в комнате. Я его не идентифицировала как врача и тем более как заведующего, ибо он был без истории болезни, а с ними обычно заходят незнакомые дежурные врачи вечерами и в выходные дни. Во второй раз Л.Д. предупредила меня о визите заведующего минут за 15 до его появления: «Вы уж тут уберите все лишнее!» (что она имела в виду?). В тот раз, помимо Л.Д. и заведующего, были еще три врача и две медсестры. Если в первый раз это было похоже на заботу о моем быте, а не о здоровье, то второй визит был похож на публичный отчет лечащего врача перед начальником и всеми остальными. Лишь в первую минуту они поинтересовались о самочувствии, затем Л.Д. говорила о результатах анализов, сыпала какими-то медицинскими терминами, обращалась исключительно к пришедшим. Мне в конце визита только сказали: «Скоро будем выписывать!»

Меня удивили отношения, которые выстраивают медсестры с пациентами. Это, прежде всего, отношения «профессионала» с телом, но отнюдь не с человеком. Как правило, медсестры вообще никак не общаются с пациентом — я очень редко слышала слова приветствий/прощаний, хотя всегда сама первая здоровалась и прощалась. Если им

надо было произвести какую-то процедуру — померить давление, поставить капельницу, сделать укол, они молча подходили и начинали манипуляции с телом. Лишь изредка озвучивали свои намерения: «Делаем укол» и пр., не говоря, скажем, о результатах. Например, медсестра померила мне давление. Мне казалось, что она должна озвучить результат, но она произвела манипуляцию абсолютно молча и стала уходить. Я ей вдогонку спросила: «Какое давление-то?», на что она искренне удивилась: «А вам это зачем?!» Но потом все-таки ответила. Вопросы пациентов они обычно игнорировали или «отсылали»: «Все вопросы к врачам!» В их обязанности входили лишь некие процедуры, но отнюдь не общение. И хотя первые два-три дня дежурные медсестры ко мне заходили и спрашивали про самочувствие, я думаю, эта была практически та же «процедура» — получить ответ и зафиксировать его, точно так же, как и твою температуру или давление.

Если врачи нечасто, а медсестры никогда (я имею в виду, конечно, только опыт пребывания в данной больнице) не выстраивают личные отношения с пациентами, то зачастую это делает младший медицинский персонал — нянечки/уборщицы и буфетчицы. Так, на отделении работают две уборщицы, и их отношения с пациентами диаметрально противоположные — «добрый и злой следователи». Если одна уборщица активно вступает в разговоры и личное общение, помогает и идет навстречу пациентам (сама предлагает вынести мусор, спрашивает о здоровье, рассказывает о погоде, и пр.), то другая бесконечно ругается, обращение ко всем неизменное — «коровы». На ее ругань почти никто не реагирует: я не слышала, чтобы в ответ кто-нибудь тоже ругался, и в то же время никто ее не одергивал и не жаловался.

Общение пациентов. К сожалению, мне мало удалось наблюдать общение пациентов между собой, так как я лежала в отдельной палате. И я смогла наблюдать общение только в очередях на осмотр и процедуры, а также в столовой. И в очередях, и в столовой пациенты объединяются «по палатам», что вполне объяснимо, ибо проводят много времени вместе. «Подслушанные» разговоры в основном шли о диагнозах и о лечении здесь и вообще о гинекологических проблемах и болезнях. Девушка лет 22–23 говорила еще двум женщинам постарше о том, что сейчас плохая экология и поэтому у многих невынашивание (беременности), и о том, что раньше («мне мама рассказывала...») врачи были более профессиональными, так как «по одному виду беременной и на ощупь, руками, диагнозы ставили». Довольно популярная

тема — «хороший» и «плохой врач». Мой первый лечащий врач, по словам соседок, была плохой, так как «непонятно, когда придет», «ничего не говорит». Таким образом, в представления о хорошем враче входят разговоры, общение с пациентом. Мои соседки по палате очень негативно реагировали на частые осмотры на кресле и УЗИ: «Она что, не понимает, что это вредно!», «Вот сексом заниматься запрещают, а сами все время смотрят!».

Интересно, что солидарность пациентов поддерживают сами врачи и медицинский персонал. Например, врач просила моих соседей по палате сходить за лекарствами для меня. Буфетчица, когда я уже перестала быть «лежачей» (а это произошло как-то незаметно, мне вдруг перестали носить еду и делать уколы в палате, а вызывали в процедурный кабинет), предложила мне носить еду, так же как моей соседке по блоку: «Она после операции». Моя Л.Д. однажды прибежала ко мне, «заняла» мои лекарства для другой пациентки и долг вернула спустя два-три дня.

Правила и контроль. Правила соблюдения режима на отделении совсем нежесткие, хотя они вывешены в двух местах — при входе в коридор с палатами и рядом со стойкой сестринского пункта. В действительности посетители могут приходить в любое время — замечания им не делаются. Не обращая внимания на тихий час, врачи приходят на осмотр, а медсестры раздают термометры. Время на отделении для пациентов в основном структурировано более «жесткими» привязками: инъекции в 12 дня и три раза в день работа столовой. И более или менее жестко соблюдается подъем. Обычно в начале восьмого медсестра включает в палате свет и входит туда со словами «меряем температуру». И не важно, что потом о термометрах не вспоминается. «Отбой», в отличие от «подъема», более свободный, пациентки сами между собой договариваются, когда выключать свет. Для меня, пациентки платной палаты, лежащей отдельно от всех, эти правила были совсем мягкие. Меня будили не ежедневно, только самые ответственные медсестры, и ни разу не заставляли ложиться и/или выключать свет вечерами.

Как я уже отмечала ранее, во всех «приватных» пространствах либо не установлены, либо сломаны задвижки и щеколды. Почти нет возможности гарантированно уединиться. При этом в палаты ВСЕ и ВСЕГДА входят без стука — будь это медсестра, врач или заведующий отделением, нянечка с уборкой или буфетчица с едой, сантехник, про-

веряющий радиатор. Вход без стука/предупреждения действительно нормализован, ни у кого не возникает сомнений в оправданности и правомерности такой тотальной «прозрачности» индивидуальной, приватной жизни. За все время моего стационарного лечения в комнату постучались лишь однажды — это была практикантка, молодая девочка, которая позвала меня делать укол.

Дверь в процедурную, когда берут кровь на анализ или делают уколы, всегда открыта нараспашку. Никто из пациентов не возмущался. И входя по одному на уколы, сами также оставляли дверь открытой. Это было практически правилом, которое не нарушалось.

«Интимности» были лишены и процедуры осмотра врачей. Все осмотры проводятся публично. Приходя в палату, врач в присутствии всех говорит о результатах анализов, о твоем диагнозе, и — что меня довольно сильно напрягало — для того, чтобы продемонстрировать степень кровотечения, нужно было публично продемонстрировать «подкладную» (врачебный термин). В смотровой расположено три гинекологических кресла и, как правило, одновременно три врача проводят осмотр или выполняют какие-то процедуры. Все три раза, когда меня осматривали, остальные кресла были заняты. Несмотря на то что зал довольно большой, кресла стоят близко друг к другу, т. е. нет отгороженного пространства — хотя бы от других пациенток. Таким образом, осмотр не есть общение «с глазу на глаз» с врачом, но довольно публичное мероприятие. При этом врачи активно общаются между собой, обсуждают диагнозы и лечение. Во время одного из моих осмотров, например, в зале присутствовала уборщица. Она активно во все вмешивалась и повсюду «заглядывала». В момент, когда меня осматривала врач, она тоже подошла к креслу и прокомментировала: «О, ужас какой!», чем, естественно, тоже привела меня в ужас. Хорошо, что врач ей (но отнюдь не мне!) прокомментировала: «Это я после кровотечения очищаю».

Сама по себе процедура осмотра тоже не слишком интимна. В смотровой есть маленький «предбанничек», где должны раздеваться и оставлять свои вещи все три пациентки. Там стоит всего один стул, и поэтому приходится складывать свою одежду рядом, почти вперемешку с чужой. Раздевшись в прихожей, ты, обнаженная, дефилируешь через большой зал к креслам. Взбираешься на него, и именно в этот момент — не раньше! — врач открывает твою историю болезни и в течение нескольких минут делает записи. И лишь потом переходит к

осмотру. Интересно, что в сам момент осмотра меняется обращение к пациенту: если до этого я была почти всегда Ольга Петровна и на Вы (что тоже слышать мне непривычно и не очень комфортно), то на кресле я становилась «зайчиком» и «солнышком». Врач всегда во время осмотра говорит ласково, обращается, как с ребенком.

Здесь я, наверное, впервые столкнулась с такой объективацией, когда являешь собой исключительно тело, с которым можно производить какие-то манипуляции, но ты лично, как правило, абсолютно игнорируешься. Такое отношение исходило прежде всего от медсестер. При этом правила общения и организация пространства таковы, что ты абсолютно лишена интимности и права на общение с врачом лично. То, что все происходит в присутствии других пациентов, никого не смущает, и складывается впечатление, что они в этой ситуации воспринимаются не как люди, и даже не как пациенты, но как «бесчувственные тела».

«Наглядная агитация». В отделении довольно много наглядной агитации. Как правило, это рекламные плакаты, например с рекламой прокладок Либрез, каких-то таблеток, облегчающих протекание климакса, и противозачаточных средств. Но больше всего меня удивили и повеселили два плаката. Один — против СПИДа, но он явно был «не по адресу», ибо предназначался для школьников, с советами «не кури и занимайся спортом» и с правилами «никогда не слушай и не ходи с незнакомыми людьми, даже если они обещают угостить конфетами или подарить игрушку». На этом плакате СПИД определяется как «опасная инфекционная болезнь, которая передается при половых контактах».

Второй плакат — самый впечатляющий — огромная самодельная «газета» под названием «Не убий». Авторство мне выяснить не удалось, видимо, «произведение» какой-то религиозной организации. Повешен он, вероятно, давно, ибо кого я ни спрашивала, никто не помнит, когда он появился. Плакат агитирует за запрет аборт и откровенно религиозной направленности. В качестве эпиграфа приведены слова Матери Терезы: «Если отвернемся от самых несчастных, самых обездоленных и невинно убиваемых, то наш мир должен будет погибнуть. Мы не можем оставаться равнодушными к убийству зачатых детей».

Первая часть газеты — «Чудо жизни» — о том, что «все люди, рожденные и нерожденные, имеют одну и ту же ценность в очах божьих».

Следующая часть называется «А если ребенок болен до рождения?» — рассказ «неизвестной» о том, что все врачи ей прогнозировали больного, умственно отсталого ребенка, и она смирилась с этим. И произошло чудо — родился абсолютно здоровый ребенок. Далее шли разделы «Если ребенок зачат при изнасиловании?» (опять рассказ «анонима», что она — дочь изнасилованной, но ее настоящий отец, муж ее матери, настоял, чтобы она родилась, и она счастлива) и «Нежеланные дети» (о том, что, несмотря на материальные проблемы, всегда можно подвинуться и найти место за столом для ребенка).

Следующий раздел «Как бы вы поступили?» приведу дословно: «Представьте себе, что вы врач. К вам пришла на прием женщина. Она больна туберкулезом. Ее муж лечится от сифилиса. Первый ребенок родился слепым, второй умер во время родов. Третий был глухонемой и болен туберкулезом. Женщина вновь ожидает ребенка. Что вы ей посоветуете? Скорее прервать беременность?.. Этим ребенком был Бетховен!..» Последний раздел — «Индустрия аборт» («Женщины, перенесшие аборт, больны. Им нанесена психологическая травма. Среди них в 4–8 раз больше самоубийств». «Аборты — это индустрия с тройным доходом — от производства аборт, от продажи человеческого “материала” и от покупателей косметических продуктов с коллагеном»).

Плакат иллюстрирован вырезками из каких-то журналов: фотография здорового и счастливого бутуза, «УЗИ»-фотография 12-недельного плода и фотография «абортного материала» — очень кровожадный снимок.

Я пролежала в больнице две недели. В день выписки в обычное время обхода ко мне подошла Л.Д. и позвала сделать УЗИ, чтобы «убедиться, что можно выписывать. По анализам уже все нормально». После УЗИ Л.Д. сказала, что все нормально и она выписывает меня. Я спросила про рекомендации, и она ответила, что еще зайдет ко мне в палату. Часам к 12 меня вызвали в кабинет старшей медсестры, где выдали выписку из истории болезни. От больничного листа я отказалась. Я спросила, зайдет ли еще ко мне лечащий врач, на что старшая медсестра отреагировала: «А вам уже все дали!» Надо сказать, что выписка была очень краткой, и там не было никаких результатов анализов, которые у меня брали чуть ли не ежедневно. Там была только фраза, что анализы «без патологий». Потом шло такое же краткое описание схемы лечения — какие препараты мне кололи/давали.

Честно говоря, я даже расстроилась, что «врач больше не зайдет», потому что у меня еще были вопросы. Я ее искала, но сказали, что она на операциях. И я ушла в палату собирать вещи. Так как машина, которая должна была меня забрать, задерживалась, я оставалась еще в палате часа три. И Л.Д. все-таки зашла ко мне. Она бойко повторила все, что было написано в рекомендациях, и предложила заходить в случае проблем. Я поинтересовалась, не знает ли она врачей в моей женской консультации и к кому мне лучше обращаться. Л.Д. ответила, что никого из них не знает, и ушла.

Напоследок было еще одно приключение. Когда наконец за мной пришла машина, оказалось, что гардероб, где хранилась моя верхняя одежда, уже закрыт. Моя подруга довольно долго выясняла, как же можно получить одежду. И лишь в кабинете главврача ей объяснили, что кладовую открыть невозможно, так как сотрудники ушли, а «они — материально ответственные, и без них ничего не открывают. Есть возможность остаться еще на ночь до завтра или ехать так, а вещи забрать потом». Так что пришлось ехать «так», а пальто и ботинки на следующий день забрала мама. Тоже, впрочем, не без скандала, так как там потребовали разрешение лечащего врача, поскольку одежду забирает не сам пациент. При этом у мамы были с собой все документы — мой и свой паспорт, моя выписка из больницы. Так или иначе, все закончилось благополучно. Больше в эту больницу я не попадала и, надеюсь, не попаду.

Елена Петрова

**ДВЕ НЕДЕЛИ В РОДДОМЕ:
ОЖИДАНИЕ И РОДЫ**
дневник наблюдения, с комментариями
(16.01–30.01.2008)¹

Беременность наступила в апреле 2007 г., протекала легко, без осложнений. На протяжении всей беременности работала, преподавала, активно ездила в командировки. Всю беременность наблюдалась в женской консультации по месту жительства. Некоторые анализы сдавала в специализированных поликлиниках, в том числе делала УЗИ. Во время УЗИ на 22-й неделе спросила у специалиста, к которой обращалась по знакомству, не посоветует ли она врача, с которым можно было бы договориться по поводу родов. Примерно на 30-й неделе я в первый раз встретилась с Ж.Н., и с того момента я уже наблюдалась у нее постоянно, оплачивая каждый прием через кассу.

Дородовое отделение

16.01.2008, среда

Срок беременности 39 недель. Роды, согласно акушерским расчетам, ожидаются 24 января. Чувствую себя хорошо, только простыла, довольно сильный кашель. Из-за этого немного переживаю, поскольку простуда, насморк и кашель — основания для отказа приема в роддом. Так написано при входе и у кассы, где оплачиваются услуги. По договоренности пошла на прием к Ж.Н. Доктор первым делом померила мое давление. Оказалось повышенное. Она сразу сказала, что «надо лечь» (в смысле на дородовое отделение). Я сказала, что простыла, каш-

¹ Автор — научный сотрудник исследовательского центра, кандидат социологических наук; 29 лет, замужем.

ляю, нельзя ли мне еще пару дней побыть дома, долечиться и потом лечь. Ж.Н. сказала, что нельзя, что с таким давлением кладут сразу в палату интенсивной терапии на родовозбуждение и что ситуация серьезнее, чем я думаю. Между тем в чем заключается серьезность ситуации, не объяснила. Написала мне на бумажке названия таблеток — допегит и папазол для снижения давления, которые я должна была купить по дороге домой и принять перед сном. Посмотрела мою «обменную карту» (медицинская карта беременной, в которую заносятся данные визитов к медицинским специалистам, результаты осмотров, анализов, динамика развития беременности). В графе анализов не был проставлен результат анализа на СПИД. Из-за новогодних праздников в женскую консультацию очень долго не приходили ответы по анализам. Ж.Н. вписала результат сама. Без результатов анализов на СПИД, гепатит и сифилис на родовое отделение не принимают. Дала мне памятку — правила поступления в роддом, в которой написано, что необходимо взять с собой в роддом (паспорт, полис, родовой сертификат), и напоминание о том, что насморк, кашель и герпес являются основанием для отказа принять пациента в стационар. Придя домой, я потихоньку убралась в комнате, собрала вещи себе в роддом и отдельный пакет со всем необходимым для ребенка, чтобы К. (муж) принес потом. В Интернете посмотрела, чем опасно повышенное давление на поздних сроках беременности. Информации — море, неспециалисту разобраться сложно. Решила, что все будет хорошо, приняла таблетки и легла спать.

17.01.2008, четверг

С утра позвонила в роддом, забронировала палату. Так советовала сделать Ж.Н., поскольку данные об освобождающихся палатах поступают утром и лучше сразу с утра сообщить, что собираешься лечь в стационар. Мне было еще важно попасть на второе родовое, поскольку там работает Ж.Н. Я хотела забронировать одноместную палату, чтобы не заразить никого своим кашлем, но она оказалась одна и занята. Мне предложили лечь в двухместную. Мы с К. позавтракали, я дособирила вещи, побрилась (это требуется по правилам). По описанным правилам приема в роддом, пациентку должен кто-то провожать. Сопровождающему отдают верхнюю одежду и уличную обувь пациентки. Часам к двенадцати приехали с К. в больницу. Перед кабинетом, в котором оформляют документы, довольно большой холл. Очень высокие потолки, сделан ремонт, у стен стоят стулья. Когда мы пришли,

там сидели три пары, все с вещами и в разной степени беременные. Оформляли довольно медленно. Нам пришлось ждать около часа. Когда очередь подошла, меня пригласили в кабинет. К. остался в холле.

До сих пор у нас не были оплачены никакие услуги. Все наши попытки заключить договор на платные роды, оплатить палату наткнулись на один ответ: «потом». Схема оплаты услуг довольно сложна и неочевидна. Отдельно оплачиваются родильная палата, отдельно — услуги врача, с которым есть договоренность о ведении родов, по отдельности — палаты на дородовом и послеродовом отделениях. Кроме того, на послеродовом отделении нет возможности бронирования палаты. То есть размещают в той, в которой есть места на момент поступления. Стоимость мест в разных палатах варьируется от 400 до 1400 руб. за место. Соответственно общая сумма, которая будет потрачена на приготовления к родам, сами роды и послеродовую реабилитацию в условиях стационара, непредсказуема. Кроме того, неясно, в какой момент за что нужно платить.

Когда стали оформлять документы, оказалось, что нужен чек об оплате родов, если мы собираемся рожать в платной палате, и об оплате палаты на дородовом отделении. Администраторы, которые оформляли документы, подсказали, что можно оплатить за двое суток нахождения на дородовом, учитывая, что у меня пошла уже 40-я неделя: «Если понадобится, доплатите потом». Деньги у нас с собой были. К. сходил в кассу и оплатил роды (15 000 руб. за отдельную родильную палату + 5000 руб. за врача) и палату на дородовом за два дня (1400 руб. за сутки), отдал мне чек² и снова вышел в холл.

Администраторы стали оформлять мою историю болезни. Забрали мою обменную карту, результаты анализов, которые я сдавала в ходе беременности, паспорт. Из паспорта переписали данные и вернули. Все остальное вложили в «историю болезни». Задали все стандартные вопросы: рост, вес, сколько прибавила за беременность, группа крови, есть ли антитела, какие анализы сдавала во время беременности, у каких наблюдалась специалистов, и пр.

Кабинет, в котором оформляют документы, небольшой. Стоят два стола, за которыми сидят два администратора. Одна смотрит документы, с которыми поступаешь, другая заводит карту для роддома. В процессе приема нужно было все время пересаживаться то к одной, то к

² В общей сложности, вместе с оплатой послеродовой палаты, роды обошлись примерно в 35 000 руб.

другой. Обращаются на «ты»: «иди ко мне, пока я свободна». Отвечаю на вопросы, борюсь из последних сил с приступами кашля.

Когда все документы оформили, мне сказали, чтобы я перешла в следующий кабинет к врачу. Кабинет врача предваряет «Процедурную». Я туда не заходила, но видела довольно большое помещение, в котором стоит гинекологическое кресло, выгорожен душ, туалет. Видимо, те, кто прибывает со схватками, проходят через всё те же кабинеты, и к родам их готовят прямо в этой смотровой. Врач померила мне давление. Оказалось опять повышенное. Посмотрела мою обменную карту, стала что-то писать. И тут я не сдержалась и начала кашлять. Она сразу спросила, почему я кашляю. Я сказала, что была простуда, я еще не долечилась.

— *С кашлем мы не принимаем.*

— *Я предлагала врачу подождать пару дней.*

— *К кому вы ложитесь?*

— *К Ж.Н.*

— *Только под ее ответственность. Пусть вас проводит та сестра, которая оформляла Вам документы, и пусть Ж.Н. вас «прикроет».*

«Прикрытие» означало помещение меня по возможности в отдельную палату во избежание распространения моей простуды среди пациенток отделения. Из разговора с врачом я поняла, что будет лучше, если персонал отделения о моем кашле знать не будет. В противном случае проблемы могут быть и у меня, и у Ж.Н., на которую переложили ответственность за прием простуженной пациентки.

Меня выпустили в коридор, но уже не в тот, из которого я заходила, а в другой. К. пропустили ко мне. Прибежала возбужденная администратор, которая оформляла документы, и стала причитать, что ей влетело от врача за то, что она оформила документы кашляющей, и что она была не в курсе, и почему я не предупредила. Тут же она позвонила Ж.Н., рассказала, какой у нас вышел казус, предупредила, что мы сейчас придем. Я спросила, куда же деваются те, кто простужен или, вдруг, болен чем-то посерьезнее, а пришла пора рожать. Она сказала, что для этого есть специальный роддом, но туда не дай бог попасть.

(Принять меня с кашлем в стационар было нарушением формальных правил. Вместе с тем отказ означал бы нарушение требований госпитализации беременной на поздних сроках беременности с определенными показаниями. Следуя правилам, меня должны были

отправить в специальный роддом для беременных и рожениц с инфекционными заболеваниями. Однако знакомство с врачом и договоренность по поводу родов оказались решающими и подтолкнули других представителей медицинского персонала на нарушение формальных правил.)

Ж.Н. встретила меня в отделении с подозрением: она подумала, что я специально кашляла перед врачом в приемном покое, чтобы не ложиться(!) на родовое. Я попыталась ее переубедить, но тут же подумала, что, наверное, даже лучше, если она будет думать, что на самом деле я здорова. Ж.Н. сказала, чтобы я устраивалась в палате и подходила в процедурную, она будет меня смотреть. Спросила, какое у меня давление, и, услышав мой ответ, сказала, чтобы я срочно леглась.

Мы вместе с К. пошли к палате. Мое место было еще занято. Девушка оттуда переходила в четырехместную палату. Мне показалось, что я видела эту девушку в холле перед кабинетами администраторов и что эта девушка оформлялась на отделение передо мной. Вероятно, произошла какая-то ошибка и ее заселили в палату, которая была уже забронирована мной. Уточнять я не стала. Мне пришлось подождать минут десять. Пока я ждала в коридоре, ко мне подошла В.М. — видимо ординатор, сказала, что будет мной заниматься, чтобы я подходила в процедурную — она тоже будет меня смотреть — и чтобы я взяла с собой все результаты анализов, которые я сдавала в ходе беременности и которые у меня еще не забрали.

(Роддом находится при медицинском институте, соответственно, помимо того, что там наблюдают беременных и принимают роды, там еще и учат. За время моего пребывания мне довольно часто приходилось общаться с ординаторами. Из разговоров, которые я слышала в коридоре, я поняла, что многие из них пишут научные работы. Другие просто «набивают руку», ощупывая беременные животы и слушая сердцебиение ребенка. Тем, кто постарше, видимо, доверяют вести пациентов на родовом. Хотя в моем случае В.М. была довольно часто не уверена в том, что делает. Она все время советовалась с Ж.Н. Решения, принятые ею, нередко впоследствии отменялись.)

В палате, кроме меня, находилась девушка 32 лет³ на сохранении, на раннем сроке. В палате сделан хороший ремонт. Есть холодильник, телевизор, большой шкаф, стол, кресло, стулья, тумбочки у кроватей.

³ Возраст я узнала во время одного их осмотров, когда вслух произносили данные пациенток, диагнозы, методы применяемой терапии и пр.

Душ и туалет один на две палаты. Вход в него из нашей палаты и из соседней — одноместной. Заходя в такой туалет, нужно закрыть две двери, чтобы никто не вошел. Но главное, потом надо не забыть открыть замок второй двери, что я всегда забывала сделать.

Я занесла вещи в палату, проводила мужа, переоделась и пошла к процедурной. Там пришлось немного подождать, пока пришла В.М. У нее с собой уже была моя карта. Я вошла в процедурную. Оказалось, что я там уже была, когда в первый раз приходила на прием к Ж.Н. полтора месяца назад. Это большой зал, метров 70. Очень светлый, с высокими потолками. Часть его отгорожена ширмами. За ширмами стоят два гинекологических кресла и пара кушеток. Кресла прямо напротив огромного окна. Несколько раз меня там осматривали, и жалюзи были не всегда закрыты. При почти полной атрофии стеснительности после девяти месяцев постоянных осмотров я все же чувствовала себя несколько неуютно. При входе в зал стоят стол, несколько стульев, кушетка. Три стола у стен и в углу, как потом выяснилось, оборудованы для забора крови и инъекций. У стен еще пара шкафов с медикаментами, препаратами и пр.

Мы с В.М. сели за стол у входа, она стала задавать мне всё те же вопросы и смотреть мою карту. Говорили довольно долго, минут 30. Я спросила, какие будут предприниматься действия в отношении меня. Она сказала, что пока не знает, что это будут решать профессора(!) на каком-то собрании. После разговора пошли «смотреться» на кресло. Я залезла, В.М. засунула руку, довольно больно. Тут у нее зазвонил телефон. Она извинилась, взяла трубку, но руку при этом оставила на месте. Звонила Ж.Н. В.М. сказала, что как раз смотрит меня на кресле. Ж.Н. пришла через минуту. В.М. сказала ей: «Два». Ж.Н. засунула руку и сказала: «Да, два». Сказала, что шейка твердая и не похоже, чтобы я сама собиралась рожать в ближайшее время, и что она даст мне таблетку и поставит ламинарии⁴. Спросила, не снизилось ли у меня давление. Я сказала, что не снизилось. Ж.Н. сказала В.М., что мне нужно сделать магниевую схему. В.М. проводила меня в палату, сказала, что завтра с утра мне нужно будет сдать анализы, сделать КТГ (кардиотомография) и УЗИ, дала мне расписание, куда и во сколько нужно подойти и что отнести. Один анализ крови был платный (700 руб.). Полагающиеся мне таблетки каждый день нужно брать в контейнере на посту.

⁴ Лекарственные препараты, применяются для снижения тонуса матки при беременности.

Пост — это стойка, за которой сидит дежурная медсестра. Контейнер — это пластмассовая коробочка, разделенная на 4 части: утро, день, вечер, ночь. Каждое отделение контейнера открывается независимо от других. В каждом лежат соответствующие таблетки.

Я пошла в палату. Как раз было два часа, обед. Кормят следующим образом: по коридору едет тележка с едой. Останавливается рядом с каждой палатой и выдает порции. Для беременных с сахарным диабетом особое меню. Ложек, вилок и ножей не дают. У меня с собой приборов не было. Я попросила на кухне что-нибудь. Мне с трудом нашли ложку и велели обязательно вернуть. Грязную посуду нужно относить уже самим на специальный столик в конце коридора.

После обеда мне поставили капельницу. Потом еще одну. Так я пролежала почти до пяти часов. В пять часов ужин. После ужина пришел К. Часы посещения с 17.00 до 20.00. Пару раз заходила В.М., уточняла по поводу анализов: куда нельзя опаздывать, как правильно сдать мочу, и пр.

Примерно в 22.00 медсестра пришла делать мне уколы — магнезию (очень болезненно) и тут же реланиум⁵ — «чтобы спала хорошо». В два ночи мне сделали еще одну магнезию и в шесть утра еще одну. Матрасы на кроватях очень скрипучие — обтянуты непромокаемой тканью; каждый раз, когда я просыпалась, мне приходилось бороться с кашлем. В результате в эту ночь я почти совсем не спала.

18.01.2008, пятница

Подъем в 7.00. В палату заходит дежурная медсестра и говорит: «Поднимаемся, подходим на пост». На посту измеряют давление, температуру, взвешиваются. Показания записывают в карты беременных. До 8.00 нужно сдать мочу. Две баночки мне выдали накануне вечером. Наполненные баночки нужно относить в общий туалет. Там до восьми часов стоят лотки для разных видов анализов. В 8.00 в палату опять заглянули и пригласили в процедурную на укол. Я пошла сразу и успела до очереди. Мне, кроме укола, нужно было еще сдать кровь на гормоны щитовидной железы — тот самый платный анализ. Медсестра предложила мне сначала взять кровь, а уже потом оплатить анализ и принести чек. Я, конечно, согласилась. Она обратила внимание на мой бледный вид, спросила, хорошо ли я себя чувствую. Я сказала, что пло-

⁵ *Реланиум* — спазмолитик, оказывает противосудорожное действие, способствует расслаблению мышц.

хо спала и что делали магнезиальную схему. Она посочувствовала. После уколов, которые мне кололи ночью, я почти не чувствовала ногу, у меня косил глаз и побаливала половина головы.

(Сочувствие со стороны медперсонала выражалось неоднократно. В основном «жалеют» пациенток медсестры. Режим общения в таких случаях интимизируется, медсестры переходят на «ты». Пациенток называют «моя хорошая», «бедняжка» и т. п. Есть в этой жалости со стороны младшего медперсонала некоторое противостояние методам, практикуемым врачами, уличение их в излишней строгости, в злоупотреблении медикаментами.)

Взяли кровь, сделали укол но-шпы⁶. Согласно расписанию, мне нужно было сдать еще общий анализ крови, сделать УЗИ, КТГ, кардиограмму и попасть к окулисту. На общий анализ крови была уже большая очередь — человек сорок. Здесь же занимали очередь сдавать кровь «на сахар». В коридоре перед кабинетом — всего лишь несколько стульев. Большинство пациенток стояли. Мне хватило места, чтобы сесть, чему я была несказанно рада, поскольку чувствовала себя не лучшим образом. Очередь двигалась довольно быстро. Документы каждой пациентки были подготовлены. Врачи только быстро что-то отмечали в своих бумажках, не тратили время на оформление, записи.

После анализа крови пошла на УЗИ. В 10.00 было назначено КТГ, на которое просили не опаздывать, но в запасе было еще минут 15. На УЗИ была небольшая очередь, но до десяти я все же не успела. КТГ дает сведения о состоянии ребенка. Нужно лечь на кушетку, на живот прикрепляют два датчика, притягивают их эластичными лентами, и нужно так лежать минут 20. В кабинете две кушетки и одно кресло. Во время моей процедуры в кабинете находились еще две девушки. Одна из них ожидала двойню. Когда ей делали КТГ, она сидела.

(В походе по кабинетам и процедурам регулярно звучат две-три фамилии пациенток. Насколько мне удалось их идентифицировать — это беременные двойнями, женщины за 40. Я подумала, что, возможно, это беременности, наступившие в результате применения репродуктивных технологий и за которыми особое наблюдение.)

Мое КТГ зафиксировало пару схваток. Сказали, что это хороший знак, что матка готовится к родам и что все случится скоро. После

⁶ *Но-шпа* — болеутоляющее, спазмолитическое лекарственное средство, в период беременности применяют для снижения напряжения мышечной мускулатуры матки.

КТГ — УЗИ. Очереди не было, я прошла в кабинет. Очень быстро посмотрели, в каком положении ребенок, посмотрели щитовидную железу. Данные КТГ и УЗИ на руки не отдали. Все результаты обследований помещают в карту. Карты очень оперативно передаются от специалиста специалисту. Каждый раз, когда я прихожу на очередную процедуру, ощущение, что меня ждали и все готово, чтобы меня принять. Вообще, все довольно доброжелательно.

У кабинета УЗИ встретила медсестру, которая брала платный анализ крови. Она спросила, оплатила ли я анализ. Я как раз оплатила, отдала ей чек. После УЗИ вернулась в палату. Завтрак уже прошел. Соседка взяла мне порцию. Позавтракала, пошла к окулисту. Передо мной оказались две девушки. Окулист вышел, спросил меня, есть ли у меня проблемы со зрением. Я сказала, что нет. Он сказал, что тогда он сегодня примет только этих двух, а меня в другой раз.

Я вернулась в палату. Меня там уже ждала капельница. Под капельницей я задремала. Меня разбудила В.М., которая зашла в палату, сказала, что уже заходила несколько раз и меня не заставала, что готов анализ мочи, он не очень хороший, и что завтра надо пересдать. Померила давление — нормальное. Я спросила, возможно ли, что меня до родов еще отпустят домой? Она сказала, что нет, это исключено, что в понедельник заседают профессора и что меня им покажут.

Капельница докапала, принесли обед. После обеда сходила на ЭКГ. До ужина попыталась немного еще поспать. В палату все время заходят врачи что-то сказать, спросить, занести. Мне пару раз мерили давление. В четыре пришел муж, потом еще подруга. Просидели с ними до восьми. Походили по отделению, посмотрели чего как.

Отделение занимает часть этажа. Прямо рядом со входом в отделение другой вход — в церковь при роддоме. Там можно крестить детей, причащаться. Служительницы храма иногда заходят на отделение. Видела их в дородовом, потом в послеродовом. Видела, как женщины с ними советовались, как крестить ребенка, если сама мать после родов в течение 40 дней считается «нечистой» и в храм ей заходить нельзя.

В отделении сделан ремонт. Просторный коридор, в коридоре 3 поста, у стен стоят новые кресла, стулья, столики. На подоконниках живые цветы, на окнах жалюзи. В центре отделения большой холл, в котором стоят телевизор и по кругу диваны. В палатах телевизоры есть только в одноместной и двухместных. Входы в отделение есть с двух концов коридора и в центре. На стенах наглядные плакаты, повествующие о процессе родов и о ЗППП.

Палаты преимущественно четырехместные. Место в четырехместной палате стоит порядка 500 руб. Есть пара восьмиместных палат. В них лежат бесплатно. Одна восьмиместная — специальная для беременных с диабетом. Никакого особенного оборудования я там не заметила. Отчего такая изоляция? Из особенного у них только «стол» — так здесь называется питание.

«Удобства» в палатах есть только в одноместной и двухместных. Для остальных оборудованы санблоки в обоих концах коридора. В каждом есть туалет, душ, кушетка, чтобы делать клизму, шкаф с банками для измерения суточного диуреза, хозяйственные помещения для уборщиц и прачек. Все чисто, запаха нет. В душ бывает очередь. Один конец коридора заканчивается процедурной, второй — кухней и каким-то административным кабинетом, куда я потом относила чек о доплате за палату.

В коридоре постоянно появляются разные врачи и ординаторы, которые иногда садятся здесь же в коридоре за столы и просматривают истории болезни — так называются карты, в которые записываются данные о беременных. Здоровых среди них заведомо нет. На дородовое попадают женщины с проблемами.

Вечером опять зашла В.М., померила давление, потрогала живот, послушала сердцебиение ребенка через трубочку. Давление оказалось повышенное. Она сказала, что это опасно, что нужно делать еще одну схему и переходить с допегита на клофелин⁷. Тут же мне привезли капельницу — начало второй магнезиевой схемы.

В одиннадцать пришла медсестра делать мне уколы. Померила давление. Сказала, что врачи сумасшедшие, если назначают мне такое количество клофелина (по назначению я должна была принять две таблетки за один раз). Сделала уколы магнезии и реланиума, и пошла спросить еще раз по поводу клофелина, сколько мне его давать. Принесла две таблетки, сказала: одну выпить сразу, вторую — если буду плохо себя чувствовать. Ночью сделали еще один укол магнезии.

19.01.2008, суббота

В 5.00 пришла медсестра, сделала укол магнезии, померила давление. Понизилось до 90 на 60. Подъем в 7.00. Пост. Температура, дав-

⁷ *Допегит и клофелин* — антигипертензивные средства, действие которых связано с влиянием на центральные механизмы регуляции артериального давления.

ление, взвешивание. Анализ мочи, укол но-шпы в процедурной. До завтрака я еще успела поспать.

Соседка собирается домой на выходные.

После завтрака я опять поспала. Думаю о том, чтобы тоже сбежать домой на выходные. На маршрутке от дверей до дверей 20 минут. Но в палату все время приходят то медсестра что-нибудь сказать, то ординаторы померить давление и пощупать живот. Лежу в качестве объекта наблюдения на благо отечественной медицинской науки.

Заходила дежурный врач. Померила давление, пощупала живот, спросила, какой срок. Сказала, что общий анализ крови хороший. Первый раз мне сообщили результат анализа! Сдала я их не меньше десятка. После обеда зашла врач со стетоскопом, послушала, как я дышу. Общий осмотр? Или слышали, что я кашляю? Ничего не сказала, ушла.

(Вообще, врачи ничего не говорят. Моя история болезни существует отдельно от меня. Врачи смотрят на результаты анализов, принимают какие-то решения, вводят в мое тело какие-то препараты, смотрят опять на результаты анализов. Избегают ответов на вопросы, причем за этим видится благое намерение, которое можно обозначить следующим образом: «мы уверены, что все делаем правильно, пациент должен нам доверять». От пациента ожидается послушание и покорное следование предписаниям. Вопросы об ощущениях задаются крайне редко, и, как мне кажется, ответы мои часто игнорируются. Часто я просто не знаю, как отвечать на вопросы.

Врач: *Болит — не болит?*

Я: *Сейчас не болит, но вчера побаливало. Это что-то значит?*

Врач: *Понаблюдаем.*

Что понимается под болью? О какой боли нужно сообщать, а о какой не нужно?)

20.01.2008, воскресенье

Подъем в 8.00(!). Первый раз за пребывание на дородовом выспалась. Чувствую себя прекрасно. Пост. Температура, давление, взвешивание. Все в норме. Укол но-шпы в процедурной. Обстановка заметно спокойнее, чем обычно. Многих пациенток отпустили на выходные домой. Врачей нет. Начинаю переживать, что бесполезно здесь лежу, да еще плачу за палату. В таком состоянии, в котором я пребываю сейчас, родов можно прождать еще довольно долго. Капельница в положенное

время. Пью положенные таблетки, смотрю телевизор, читаю, сплю. Приходили муж и две подружки. Сидели сначала в палате. Потом вернулась соседка, мы ушли в коридор. Сели на кресла в конце коридора. Нас отругали за то, что мы подвинули кресло и накрошили печеньем на стол, на котором они, как оказалось, гладят.

Вечером заходил очередной ординатор. Пощупал мой живот, померил давление, послушал сердцебиение ребенка через трубочку.

Ночной укол.

21.01.2008, понедельник

Подъем в 7.00. Пост. Температура, давление, взвешивание. Укол ношпы в процедурной. Даже радостно, что снова что-то происходит. До завтрака в палату зашла В.М., сказала, чтобы я подошла в процедурную, меня покажут профессорам. Я пошла. Подождала немного в коридоре, меня пригласили. За столом сидели несколько врачей, В.М., Ж.Н. Одна очень пожилая врач смотрела мою историю болезни. В.М. вкратце пересказывала мои симптомы и лечение, которое они проводят. Меня уложили на кушетку. Пожилая докторша спросила меня, как я себя чувствую. Вместо меня ответила Ж.Н., что «Лена чувствует себя хорошо, и даже просится домой». По иронии в ее голосе я поняла, что домой меня все же не отпустят. Пожилая врач стала щупать мой живот, послушала сердцебиение ребенка через трубочку, спросила кто — мальчик или девочка, померила живот четвертями и сказала: 3,5 кг. Я сказала, что, согласно УЗИ, — 3800. Она пожала плечами. Меня отпустили.

Завтрак я опять пропустила, соседка взяла мне порцию, но каша совершенно остыла. Я отнесла ее на столик и пошла в буфет.

Буфет на первом этаже, в конце одного из коридоров. Можно поесть первое и второе, можно попить чай, кофе. Есть салаты, булочки и пирожные к чаю. В буфете питаются все. Видела там и пациентов с родового, и врачей, и студентов, соответственно бывают очереди. Рядом с буфетом киоск с детскими вещами. Я смотрела внимательно на ассортимент: он довольно разнообразный — от конвертов для выписки до спортивных костюмов для подростков. Для младенцев можно купить все: одежду, пеленки, бутылочки, одеяла и пр.

Когда вернулась в палату, поставили капельницу.

До обеда заглянула медсестра и предупредила, чтобы после обеда все были в палатах, так как будет профессорский обход. После обеда в палату зашли шесть человек, в том числе В.М., Ж.Н., пожилая докторша, которая уже осматривала меня в процедурной. В.М. зачитала вслух

сначала историю болезни моей соседки: имя, возраст, какая по счету беременность, как протекает, с каким осложнением попала на сохранение, какая ведется терапия, какие результаты. Потом обо мне — все то же самое. Профессора по очереди пощупали мой живот. Когда все вышли, Ж.Н. осталась, спросила, какое было давление, когда мерили в последний раз. Сказала, что поставит мне ламинарии.

(Неужели это и был профессорский осмотр, во время которого должно было решиться дальнейшее развитие событий? Или они обсуждали что-то о моей ситуации между собой, но мне об этом ничего не сказали?)

Звонил муж. Мы договорились, что вечером он привезет мне пальто и мы погуляем в парке. Когда выходили, я старалась, чтобы знакомые врачи меня не видели. Стараниями Ж.Н. все уже знают, что я имею намерение отбыть и ждать схваток дома, и если бы меня увидели, пришлось бы объясняться, что я не сбегаю, а иду гулять.

Погуляли. Ужин пропустила. Читаю, жду вечерний укол.

22.01.2008, вторник

Подъем в 7.00. Пост. Температура, давление, взвешивание. Укол но-шпы в процедурной.

(Дородовое — это отделение ожидания. Здесь все чего-нибудь ждут. Ждут появления ребенка. Ждут родов. Ждут результатов анализов. Ждут следующего дня. Ждут процедур. Ждут завтрака, обеда, ужина. Ждут, когда начнется следующая серия сериала. Ждут начала естественного процесса, ждут, когда врачи начнут вмешиваться в естественный ход событий и предпримут какие-то меры. Ждут, когда эти меры подействуют. Некоторые ждут день, некоторые неделю, некоторые дольше.)

После обеда вошел незнакомый врач, сказал, что ему нужна пациентка Петрова. Я сказала, что это я. Он спросил, откуда у меня взялся диагноз аутоиммунный тиреоидит⁸. Я сказала, что мне этот диагноз поставили раньше, но потом сняли. Один раз анализ крови на гормоны щитовидной железы дал показатель на пару единиц выше нормы. Эндокринолог поставила такой диагноз, но терапевт, которая специализируется на беременных, его сняла, сказав, что во время беременности такие показатели — норма. Врач попросил меня встать, запрокинуть голову, пощупал мою железу, потрогал руки ниже локтей (при дис-

⁸ *Аутоиммунный (лимфатозный) тиреоидит* — аутоиммунное заболевание, наиболее часто встречающееся из всех болезней щитовидной железы.

функции щитовидной железы кожа на этих местах должна быть какой-то особенной). Задал пару общих вопросов о том, как шевелится ребенок, и ушел.

После ужина в коридоре видела врача, который приходил ко мне по поводу тиреоидита. Сидел в коридоре, изучал истории болезни.

(Я так понимаю, что здесь особое внимание к «интересным случаям» — беременным с различными хроническими заболеваниями, осложнениями. Такие случаи выискивают, пристально за ними наблюдают, заставляют сдавать дополнительные анализы, и пр.)

Вечером зашла медсестра, сказала, что завтра нужно будет мне сдать какой-то сложный анализ крови утром в процедурной.

Вечером гуляли с К. по институту. Умиляют беременные кошки на первом этаже около буфета!

Из всех процедур за день только утренний и вечерний уколы.

23.01.2008, среда

Подъем в 7.00. Пост. Температура, давление, взвешивание. Давление нормальное. Чувствую себя хорошо. Укол но-шпы в процедурной. Сдала сложный анализ крови.

Ничего не происходит. Стараюсь проводить побольше времени в коридоре, чтобы попасться на глаза Ж.Н. Такое ощущение, что она про меня просто забыла.

В.М. послала меня на физиопроцедуры, видимо, чтобы я зря не простаивала. Начинаю чувствовать себя, как в санатории. Провожу время с исключительной пользой для здоровья: процедуры, здоровое питание, кефир после завтрака.

(Санаторий здесь напоминает многое. Во всем родовом витает санаторный дух, особенно по вечерам. К вечеру проделаны все процедуры, пережиты очередные переживания по поводу затяжного ожидания. Примерно после восьми в коридорах остаются редкие посетители. Девушки после душа собираются в холле у телевизора. Одеты все в уютные костюмчики спортивного типа. Своеобразный променад — «себя показать, других посмотреть». Сидят удобно, мажут животы кремами от растяжек. Общая атмосфера расслабления, «be yourself» — «будь собой, чувствуй себя, как дома».)

Вечером наконец зашла в палату Ж.Н., принесла таблетку. Я спросила, что это? Стимуляция ли это родов? Она ответила, что нет, что это для размягчения родовых путей, но обычно после приема этой таблетки начинаются схватки. У некоторых после первой, у некоторых после

второй. Если не подействует одна, она даст мне вторую завтра. На упаковке я прочитала обрывок названия: «...фипристон».

Я легла спать с полной уверенностью в том, что проснусь матерью.

(Уже после я узнала, что препарат мефипристон используется для осуществления медикаментозных аборт. Действительно, способствует размягчению родовых путей и ускоряет наступление родов. Но имеет побочные эффекты. В частности, в высоком проценте случаев приводит к развитию слабой родовой деятельности.)

24.01.2008, четверг

Подъем в 7.00. Пост. Температура, давление, взвешивание. Ой, я же должна была родить сегодня ночью! Начинаю переживать, что таблетки на меня не действуют, и сидеть мне на родовом не известно до каких пор. В коридоре встретила Ж.Н., она сказала, чтобы я и еще одна девушка пришли в процедурную и она поставит нам ламинарии, а вечером даст мне вторую таблетку.

Поставила. Ощущение не из приятных. Ходить неудобно. Иду по наставлению Ж.Н. на УЗИ, заодно сказали, чтобы посмотрели почки. В тот момент, когда я была на кресле, Ж.Н. позвонила врачу, которая нас познакомила, и договорилась, чтобы она меня посмотрела. Если я здесь «по блату», то пусть знакомая докторша меня и смотрит. Когда я уже уходила, Ж.Н. обмолвилась, что уже написала план моих родов (!).

(По состоянию пациентки врач предполагает, как пройдут роды, но самим пациенткам об этом ничего не говорят.)

Знакомая докторша, увидев меня, первым делом начала утешать. Сказала, что я в хороших руках и что все сделают как надо. Посмотрела ребенка, почки, сказала, что все в порядке, но Ж.Н., посмотрев результаты УЗИ, отменила мне физиопроцедуры. Сказала, что в почках песок и физиопроцедуры могут нанести вред.

(Вопрос: что означает норма? Получается, что норма здоровья относительна? Норма относительно возраста, норма относительно состояния — например, при беременности вообще многие странности и отклонения в поведении организма считаются нормой. Норма опять же для общего состояния, а для проведения каких-то специальных процедур — не норма. Где же граница? Смерть — это ведь тоже норма в каком-то смысле.)

Начинаю переживать по поводу того, что за палату набегает кругленькая сумма. Неизвестно еще, как пройдут роды. Возможно, потребуются какие-то дополнительные траты. Потом еще послеродовое

отделение, за палату в котором тоже нужно будет платить. Непредсказуемость процесса, невозможность забронировать место в определенной палате на послеродовом отделении и в результате неизвестность общей стоимости моего пребывания в роддоме несколько дезориентируют. Если до завтра не рожу, постараюсь перейти в четырехместную палату. В ней стоимость места существенно ниже.

Вечером я приняла вторую таблетку. Примерно через полчаса почувствовала, как схватило низ живота. Я обрадовалась, стала ждать, что будет дальше.

Роды

25.01.2008, пятница, 00.00–13.30

Говорят, что схватки похожи на боли при месячных. Я бы сказала, что они больше похожи на боль при расстройстве желудка, когда сильно схватывает желудок. Вторая схватка — посильнее — началась буквально через пару минут. Я пришла в палату из коридора. Третья схватка. Опять через пару минут. Пока схватки были не очень болезненные. Какое-то время я размышляла, стоит ли уже что-либо предпринимать, например сообщить Ж.Н. о происходящем? Сказала соседке о том, что чувствую. Она предложила измерить промежуток между схватками: от боли может теряться ощущение времени. Засекла время. Полторы минуты, и хватает уже так, что без гримасы на лице не перетерпеть. Позвонила Ж.Н., рассказала о своих ощущениях. Она сказала, что, возможно, это из-за ламинарий, чтобы я легла и подождала еще. Ложусь. Схватывает по-прежнему с интервалами минуты в две-три, только низ живота, и сами схватки непродолжительные. Чувствую, что-то не так все начинается, как пишут в книжках. Лежу. Больно. Проходит около получаса. Очередная схватка сильнее прежних, и вдруг внезапное облегчение. Чувствую (и слышу!), как вытекают воды — много, с бульканьем, как если перевернуть полную бутылку дном вверх и от туда вытекает жидкость. Звоню мужу, говорю что рожаяю. Смотрю на часы — без пяти двенадцать. Звоню Ж.Н., говорю, что отошли воды, она отвечает, что идет. Благо она дежурила в эту ночь и была в институте. Пришла сразу, буквально через минуту. Сказала, чтобы я брала документы, телефон и шла в процедурную. До процедурной я дошла с трудом. Схватки почти без перерыва. В процедурной акушерка при ярком свете рассмотрела желтые пятна на моем халате, сказала, что воды

с меконием⁹ (я так поняла, что это во многом определило дальнейшее развитие событий). Посмотрела меня на кресле, вытащила ламинарии, сказала, что медсестра поможет сделать мне клизму и отвезет в родилку. При почти непрекращающихся схватках клизма оказалась пыткой. После клизмы я вернулась в палату. Передвигаться было уже сложно. Медсестра принесла мне рубаху — одноразовая, из ужасно неприятного синтетического материала, — одела на голову шапочку из того же материала, взяла пакет с моими документами и телефоном, помогла мне сесть в кресло-каталку и покатила меня в родилку. На входе в отделение нас встретила моя знакомая врач фразой: «Да у нее свои схватки!» Она тоже дежурила в эту ночь. Что означала эта фраза? Готовили стимуляцию? Или кесарево?

Меня завезли в родильную палату. Когда мы выбирали палату, смотрели, какой где ремонт, какое кресло, какая кушетка. Это оказалось совершенно безразлично. Меня положили на кушетку, подключили КТГ, чтобы следить за состоянием ребенка и схватками, поставили сразу несколько капельниц. Доктор объяснила, что это нужно для того, чтобы упорядочить схватки. За спинами врачей я увидела, что пришел муж. Врачей было человека четыре. Кто-то вводил иглу капельницы, кто-то следил за КТГ. Потом мне показалось, что погасили свет, оставили небольшой светильник и все врачи вышли из палаты. Мы остались в палате вдвоем с мужем.

(Я совершенно не знала, как себя вести. Информация, которой я располагала, оказалась совершенно бесполезной. Мой книжный опыт и лекции подготовки к родам говорили о том, что между схватками нужно отдыхать, но я не успевала даже расслабиться. Временной промежуток между схватками должен был сокращаться, но он изначально был крайне короток. Я знала, что схватка должна охватывать всю матку, а я чувствовала напряжение сильное, очень болезненное, но только внизу живота. Я чувствовала, что все идет не так, как должно, но не знала, что именно и как на это повлиять, что я могу сделать для того, чтобы как-то нормализовать процесс. Кроме всего прочего, то ли от введенных лекарств, то ли от общего утомления мне ужасно хотелось спать(!)).

Муж сидел рядом со мной, иногда выходил в коридор.

(Муж сам захотел присутствовать при родах. Он полностью отдавал себе отчет в том, что это будет тяжело, что это будет испытание.

⁹ *Меконий* — первородный кал плода и новорожденного.

Я не настаивала на его присутствии. Более того, я не была уверена, что мне этого хочется.)

Схватки так и шли часто, разной силы и болезненности. Заходила иногда моя знакомая докторша посмотреть по КТГ на силу схваток. Муж спросил у нее, что значат графики, которые показывает аппарат. Она сказала, что это динамика схваток. Сила схваток должна нарастать, а у меня они были все разные и слабее, чем нужно. При этом я чувствовала, что от боли уже выматываюсь, и спросила, нельзя ли обезболить. Она сказала, что обезболят, как только будет можно. Потом зашла Ж.Н. Мне показалось, что с тех пор, как она вышла, прошло минут 20. На самом деле прошло 2,5 часа. Она подошла, засунула руку, померила раскрытие шейки матки, сказала, что раскрывается медленно. Посмотрела по КТГ на силу схваток и вышла. Потом зашел уже мужчина, подсел ко мне и сказал, что в моем случае наилучший вариант — это кесарево сечение. В подробности — почему кесарево и какие могут быть варианты развития событий — не вдавались. Мне на тот момент хотелось, чтобы уже было хоть какое-то развитие событий, и очень хотелось, чтобы скорее обезболили. Муж наклонился ко мне и сказал, что все в порядке, что так (с кесаревым) даже лучше.

(У меня в голове были самые разные мысли: соглашаться на кесарево, настаивать и продолжать рожать самой, начать расспрашивать, что происходит и какие могут быть осложнения. Это была действительно помощь со стороны мужа. Принимать решение в одиночку в такой момент не только очень тяжело, а просто невозможно. Тем более, что информации о моем состоянии и о состоянии ребенка, о возможных сценариях развития процесса мне никто не предоставил.

Каждый раз, когда я или муж о чем-то спрашивали, врачи нам отвечали, чтобы мы не беспокоились, что мы в хороших руках и что исход родов — это их(!) оценка, а не наша. Рекомендации, которыми в изобилии снабжаются беременные в процессе подготовки к родам, предлагают разнообразные модели поведения во время родов, обучают различным способам дыхания и релаксации. Женщину учат чувствовать собственное тело, управлять им, влияя тем самым на процесс родов. Современный дискурс подготовки к родам артикулирует преимущественно активную позицию роженицы. Вероятно, поэтому у меня сложилось представление, что я в значительной степени ответственна за процесс и, главное, за исход родов. Подход же врачей однозначно с меня эту ответственность снимал, переключая ее на возможности медицины и собственную квалификацию.)

Минут через 10 мне сунули подписать какую-то бумажку по поводу кесарева. Улучив минутку между схватками, я поставила какую-то закорючку, и меня повезли в операционную. Там первым делом стали вводить обезболивающее в позвоночник. Я почувствовала укол, и потом сразу стало не больно. На уровне груди поставили занавеску, и я почувствовала, как будто по низу живота провели тупым предметом. Через полминуты я услышал детский крик и не сразу сообразила, что это кричит мой ребенок. Спросила у врачей, они подтвердили, что — мой. Разрешили зайти мужу. Все время, пока шла операция, анестезиолог сидел у моей головы и спрашивал, как я себя чувствую. Каждый раз требовал, чтобы я отвечала. Ребенка обтерли, завернули и дали мужу. Потом поднесли девочку мне к лицу, показали — малюсенькую и запеленутую — и унесли. Меня зашили и отвезли в палату интенсивной терапии. Всего в операционной я провела около сорока минут.

Палата интенсивной терапии (ПИТ) — две комнаты, объединенные общей дверью. В комнаты закатывают каталки с пациентками после кесарева и так оставляют на несколько часов. Вдоль стены стоят какие-то приборы, но, поскольку мне с ними дела иметь не пришлось, не знаю, для чего они. Довольно холодно, хотя, не исключено, что так казалось после наркоза. Какое-то время озноб был таким сильным, что каталка, на которой я лежала, ритмично позвякивала — меня трясло.

В ПИТе мне снова поставили капельницу. Вся интенсивность терапии воплотилась для меня в этой капельнице, которая капала по капле в две минуты и за те восемь часов, которые я там пролежала, так и не прокапала полностью. Вместе с тем, шевелить рукой мне было запрещено. Кроме этого, в ПИТе мне один раз померили давление, сделали один укол, ввели катетер.

Заходил врач, который делал операцию. Я спросила: как мой ребенок. Он сказал, что с ней все хорошо, она хорошо сосет из бутылочки.

Потом пришла педиатр и рассказала подробнее о детях тем, у кого были осложнения в процессе родов.

Послеродовое отделение

На послеродовом отделении я не делала записей. Все, что написано, восстановлено по памяти. В связи с этим описания несколько сбивчивые и не очень точные по хронологии.

25.01.2008, пятница, после 13.30

Ближе к обеденному времени медсестра из ПИТа стала звонить в послеродовое отделение и спрашивать, в каких палатах есть места. Девушек стали потихоньку перевозить в палаты. Я попросилась в трехместную, на что мне ответили, что места в дефиците и меня определяют туда, где будет свободно. Я знала, что в трехместных палатах, в отличие от всех остальных, есть душ и туалет. Кроме того, стоимость места в трехместной палате меня устраивала. Может быть, мне повезло, а может быть, моя просьба все же возымела действие, меня определили в трехместную.

На каталке провезли по коридору, подняли на лифте этажом выше, закатили в палату. Перебираться с кушетки на кровать пришлось без посторонней помощи. Это было нелегко, но легче, чем я ожидала. С меня сняли родильную рубаху, показали на кровати лежащие ночную рубаху и халат.

В палате были две девушки. Одна, через сутки после родов, бодро расхаживала по палате, компетентно комментировала все происходящее. Как выяснилось позднее, она и ее муж — медицинские работники. Я обрадовалась, что в палате есть человек, более опытный в вопросах ухода за младенцами.

Вторая девушка была после кесарева, так же как и я; поступила в палату на пару часов раньше. У нее были посетители — мама и муж. Она подробно рассказывала о родах, объясняла и, как мне сразу показалось, пыталась оправдаться в том, что роды естественным путем не получились. Я слушала ее и понимала, что чувствую примерно то же самое. И мне тоже хотелось всем рассказать, как все произошло, и объяснить, что моей вины в том, как все прошло, нет. Я радовалась тому, что все закончилось благополучно, и испытывала большое облегчение просто оттого, что все позади, но в то же время я чувствовала какую-то неудовлетворенность из-за того, что родила не сама, не естественным путем. Это было очень похоже на чувство вины, как бывает, когда упущен важный момент, когда от тебя зависело что-то важное, а ты в нужный момент растерялся. Было ощущение какой-то ненормальности процесса родов и какой-то незавершенности дела, которое предстояло сделать, к которому долго готовились, но все прошло не так, как планировалось. Не скажу, что это чувство сильно меня угнетало, но оно, однозначно, было. (Дискурс родов, подготовка к родам — все это нормализует естественные роды. Все остальные варианты, даже при незначительных вмешательствах, не влекущих сколько-нибудь значи-

тельных последствий для здоровья матери и ребенка, воспринимаются (по крайней мере, самими рожавшими) как отклонения от нормы. Правила послеродового отделения воспроизводят границу между родившими естественным путем и теми, кому была сделана операция кесарева сечения. Для последних есть специальное название: «кесаревские». За «кесаревскими» осуществляется особый контроль. Через капельницы и инъекционно вводят значительные дозы антибиотиков. Считается, что после кесарева сечения восстановление происходит сложнее и дольше, чем при естественных родах. Норма пребывания на послеродовом отделении для родивших самостоятельно пять дней, для кесаревских — восемь–десять. После кесарева сечения женщина получает право на дополнительные две недели оплачиваемого декретного отпуска.)

Обед я проспала, проснулась ближе к ужину. Должен был прийти муж. Пока его не было, я успела сходить в детскую комнату и посмотреть на нашего ребенка. Мне было ужасно любопытно все рассмотреть, потрогать, взять на руки.

Детская комната — довольно большое, очень светлое в любое время суток, за счет ярких ламп, помещение. У одной стены два пеленальных столика, раковина, шкаф с чистыми пеленками, медицинский столик с самыми элементарными средствами: фурацилин, присыпка и пр. Чистые пеленки доступны в любое время суток и в любом количестве. Можно приходить в детскую и брать из шкафа самостоятельно. У другой стены — письменный стол; здесь врачи беседуют с мамашами, делают записи в медицинские карты, выписывают. В центре комнаты стоят детские кровати. Металлические основания — люльки, в которые вкладываются матрасики довольно жесткие, обтянутые клеенкой, застилаются матрасики пеленками. В каждой кровати лежит байковое одеяльце, но ими детей почти не укрывают. В комнате очень тепло; кроме того, детей пеленают в несколько пеленок и заворачивают в особый конверт. Еще в комнате стоит камера для недоношенных, слабеньких новорожденных.

Чаще всего матери берут младенцев к себе в палаты. В каждой палате все оборудовано для того, чтобы дети были с матерями. В детской лежат в основном новорожденные, чьи матери восстанавливаются в первые сутки после родов. Впоследствии я один раз относила ребенка в детскую на полчаса, когда надо было сходить на УЗИ.

Я зашла в детскую, сразу узнала свою дочку. Подошла, посмотрела на нее. Она спала. Я решила ее не тревожить, а взять на руки, когда придет муж. Вернулась в палату. Как раз начинался ужин.

Ужин, так же как и на дородовом, в пять часов. Техника раздачи порций тоже такая же, как на дородовом отделении: тележка с кастрюлями проезжает по коридору, у палат останавливаются, выдают порции. На ужин принесли малюсенький кусочек омлета. Для тех, кто после кесарева, особый «стол». В этот раз всем давали омлет, только порции «кесаревских» были чуть меньше, чем обычные. Кроме омлета несладкий чай. Женщина, выдававшая порции, посочувствовала нам с соседкой по поводу кесарева и предупредила, что, по крайней мере, в первые дни после родов ничего, кроме того, что они дают, есть нельзя.

Пока ждала мужа, рассмотрела палату внимательно. Большая комната — больше сорока метров. В одном из углов выгорожен санузел — душ и туалет. У каждой кровати стоит детская кроватка. Кроме большой люстры, освещающей всю комнату, над каждой кроватью есть маленький светильник. Еще над кроватью есть кнопка вызова дежурной медсестры. В комнате есть пеленальный стол, раковина, чтобы подмывать детей, корзина для использованных пеленок, холодильник, обеденный стол, шкаф один на всех. У каждой кровати тумбочка. В палате и в душе сделан современный ремонт, чисто, тепло, даже жарко.

Всем родившим выдают халаты одинакового покроя. Под халатом должна быть надета ночная рубашка. При мне медсестра отчитывала одну из девушек за то, что та надела халат на голое тело.

(Эти халаты — своеобразный символ послеродового отделения. Когда увозят рожать, своя одежда вместе со всеми вещами остается в палате дородового отделения. Их собирают и отдают родственникам. Халат послеродового воплощает в себе и общий опыт родов, через который только что пришлось пройти каждой, его надевающей, и общий вновь приобретенный (впервые или повторно) статус матери, и объединяющую всех молодых мамаш заботу о только что родившихся младенцах. В коридорах других отделений, в фойе, у аптеки, что на первом этаже, мамаш из послеродового отделения можно без труда узнать по этим халатам и торопливой походке.)

Пришел муж. Я сходила в детскую, взяла ребенка, принесла его в палату. В палате в это время была медсестра, она помогла мне застелить детскую кроватку. Когда муж ушел, я отнесла ребенка в детскую, поскольку чувствовала, что мне нужно выспаться. До позднего вечера постоянно заходили врачи и медсестры что-то сказать, сделать укол, поставить капельницу. Уснули поздно. В палате остался только один ребенок — той девушки, что родила пораньше, чем мы. За ночь просыпались пару раз, когда он хныкал.

26.01.2008, суббота

На послеродовом не приглашают на пост, а приходят с осмотром прямо в палату. В 8.00 в палату зашла медсестра, раздала всем градусники, померила всем по очереди давление, нам — «кесаревским» — поставила капельницы, посмотрела швы, пригласила попозже на осмотр в процедурную и на обработку швов.

Попробовала встать. Ходить заметно легче, чем вчера. Немного тянет шов, небольшой звон в ушах, видимо от наркоза. В остальном все очень терпимо. Смогла даже принять душ.

На завтрак принесли для «кесаревских» гречневую кашу и несладкий чай. Для обычных к каше добавили кусочек сыра.

После завтрака сходила на осмотр и в детскую за ребенком. В детской были девушки-педиатры. Я сказала, что мне колют антибиотики после кесарева, и спросила, можно ли мне кормить ребенка грудью. Девушки сказали, что нужно обязательно, чтобы я брала ребенка, и начинала прямо сейчас. Я принесла девочку в палату, положила в кроватку рядом со своей кроватью и стала ждать, когда она потребует внимания.

Через некоторое время в палату зашла медсестра и показала, как прикладывать ребенка к груди. Когда ребенок проснулся, я стала пробовать.

На обед давали мясной бульон, манную кашу и отвар шиповника.

После обеда попробовала поспать, но в палату все время заходили врачи, педиатры, медсестры. К осмотру матерей добавились еще осмотры детей. У них берут анализы, наблюдают за цветом кожи (проверяют на младенческую желтуху), взвешивают.

Вечером зашла медсестра, сказала, что завтра утром все отделение в 8.00 должно быть на УЗИ, чтобы мы были готовы.

На ужин все тот же крошечный кусочек омлета. Позвонила мужу, попросила, чтобы завтра принес что-нибудь поесть.

Вечером вдруг вспомнила, что ребенка надо перепеленывать, и поняла, что совершенно не умею этого делать. Развернула его на пеленальном столике, постаралась запомнить, как было завернуто, но повторить все это в обратном порядке не смогла. Позвала медсестру. Она пришла, показала, как они пеленают.

На ночь я решила оставить ребенка в палате. Этой ночью в нашей палате было уже два ребенка. Поспать удалось пару раз минут по сорок.

27.01.2008, воскресенье

Утро. Собираемся на УЗИ. Вдруг понимаю, что нельзя уйти просто так, как можно было всегда до этого. Надо куда-то деть ребенка. Решила отнести его в детскую комнату на то время, пока меня не будет. Когда пришла, дочка сильно плакала и в комнате никого не было. Я решила больше ее так не оставлять.

Завтрак, осмотр мой, осмотр ребенка, обед. Начинаю мучиться от недостатка сна, но днем поспать не удастся, так как постоянно в палату кто-то заходит: врачи-акушеры, педиатры, уборщица, администраторы с рекламками детских страховых компаний. Сегодня заходила даже врач по лечебной физкультуре, показывала полезные упражнения.

(Послеродовое отделение дисциплинировано не в меньшей степени, чем родовое, только оно дисциплинировано по-другому. Все возможные медицинские процедуры производятся в палате. Женщине, по крайней мере в первые дни после родов, не нужно никуда ходить, чтобы сдать кровь, сделать укол. Одной из соседок, по ее просьбе, прямо в палате делали клизму. Врачи и педиатры в целом доброжелательны, всегда охотно помогают, если их об этом просишь, но вместе с тем строгость проявляется регулярно, иногда в довольно резкой форме. Замечания и поучения в основном касаются того, как молодые неопытные мамы ухаживают за своими новорожденными детьми: не оставлять на кровати, не отходить от ребенка, когда он лежит на пеленальном столе, будить, для того чтобы покормить, и пр. Дисциплинарные ожидания перемещаются здесь с собственного тела беременной женщины на тело ее младенца.)

Начинаю следить за временем: когда моя девочка спит, когда ест, пытаюсь приспособливаться к ее режиму и спать тогда, когда спит она.

Этой ночью в палате уже три ребенка. Последняя соседка забрала дочку из детской комнаты. Если ночью кому-то нужно включить свет, чтобы покормить или переодеть ребенка, просыпаются все остальные.

28.01.2008, понедельник

Наше меню совпало с меню родивших самостоятельно! Нам дали сладкий чай и кашу с мясом!

Днем в палату пришла администратор родового отделения, принесла мне записку с суммой, которую нужно доплатить за палату на родовом. Мне нужно было отойти на несколько минут, чтобы оплатить и отнести чек. Ребенок спал, но я попросила на всякий случай соседку по палате присмотреть. Помимо кормления грудным молоком,

педиатры советуют первое время допаивать детей водой. Для этого выдают специальные бутылочки. Детям они ужасно нравятся, они пьют эту воду или сосут просто так, вместо сосок. Вода на вкус чуть сладковатая, что-то туда добавляют. Моя девочка бутылочку тоже признала, я оставила рядом с ней, спящей, чтобы в случае чего можно было сразу ей ее дать.

(Необходимость отойти от новорожденных на несколько минут представляет настоящую проблему. Брать ребенка с собой, выносить из отделения нельзя. В детской комнате она может плакать и никто к ней не подойдет. Соседки заняты со своими детьми. Если на родовом отделении проблемой зачастую был избыток свободного времени, то на послеродовом практически полное его отсутствие.)

29.01.2008, вторник

Я позвонила Ж.Н. Она обещала позвонить мне сама, когда меня увозили из операционной, но я не дождалась. Все время после родов я не могла понять, нужно ли доплачивать что-нибудь за кесарево. Операцию делал хирург, а оплачивали мы совсем другого специалиста. Завтра нас обещают выписать, поэтому я решила позвонить Ж.Н., уточнить. Ж.Н. сразу спросила, как мы себя чувствуем, сказала, что зайдет ко мне. Сказала, что доплачивать ничего не нужно. На следующий день до обеда нас уже выписали. Я ждала Ж.Н., надеялась расспросить про свои роды, но она так и не зашла. Я чувствовала себя хорошо, ребенок тоже. По сравнению с детьми, которых я могла наблюдать в палате и в детской комнате, моя девочка была достаточно активной, хорошо брала грудь и даже улыбалась. Вместо положенных десяти дней после кесарева сечения нас продержали всего пять. Я решила, что поводов для беспокойства нет, и не стала упорствовать в выяснении обстоятельств наших родов.

Нам с дочкой выдали все документы, мы прошли последние осмотры и поехали домой, где началась совсем другая жизнь.

Анна Адрианова

**ГДЕ ПАЦИЕНТУ ХОРОШО:
ПОСЕЩЕНИЕ ГИНЕКОЛОГА¹
дневник эпизодического наблюдения,
с комментариями
(март 2006 — февраль 2007)**

Этап I. Выбор врача и учреждения

9 марта 2006 г.

Посещение двух гинекологических учреждений.

1. Государственная консультация

Зашла, проходя мимо, во-первых, чтобы сориентироваться для решения собственных проблем, во-вторых, в исследовательских целях. На здании надпись: «Консультация женская», через пять метров таким же форматом: «Консультация мужская». Вход с улицы общий. В подъезде направо «Мужская консультация» (МК), налево «Вход в регистратуру» (подразумевается в женскую консультацию, ЖК). На МК висит расписание (прием каждый день). На лестнице, в подъезде, между консультациями, — типографски отпечатанные права пациентов.

Регистратура. Помещение представляет собой большой холл с двумя окнами для приема клиентов (общее и хозрасчетное), в регистратуре работают две женщины в возрасте от 40 до 50 лет. Помещение чистое, подобие евроремонта. На стене висит расписание приема акушеров-гинекологов по 24 участкам. (Мой участковый врач М. Иванова (псевдоним) принимает так же, как и все: по четным и нечетным числам в разное время, в данном случае четные утром, с 9 до 14, нечетные с 15 до 20.) Вторая графа расписания — врачи-специалисты (терапевт, онколог, стоматолог, врач по невынашиванию, эндокринолог, дерматолог, детский, психолог, юрист). На столе лежат брошюры, листки разного качества от цветных типографских до простых принтерных,

¹ Автор — преподаватель вуза, степень PhD; 46 лет.

в основном противонаборные: «Остановись» (ПМПЦ, Православно-медико-просветительский центр «Жизнь»), «Пусть они живут», «Жизнь человека», «Что такое аборт» (взяла с собой). Реклама ресторана «У причала» (затрудняюсь проинтерпретировать ее функциональность, хотя для разнообразия приятно).

Окно 1. Общее. Рядом с ним прикреплены объявления:

(1) «Телефон регистратуры ...»

(2) Объявление крупным шрифтом, выставлено на подставке на самом видном месте: «При себе иметь: паспорт, полис, одноразовые перчатки, бахилы, подкладную, носки». (На мой вопрос, можно ли это купить у них, ответили почти нейтральным тоном: «Нет, у нас аптека не работает, надо купить в (другой) аптеке».)

(3) Объявление — расписание лекций — мелким шрифтом «Поведение женщины в родах», «Гигиена беременных», «О вреде аборта». (Висят слева на стекле, отделяющем регистратуру от холла.)

(4) Два объявления крупным шрифтом:

1) «При постановке на учет по беременности...»

2) «Внимание беременных. В связи с выдачей беременным женщинам родового сертификата с 1.01.06 необходимо всем работающим предоставить врачу страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС). Родовой сертификат выдается всем беременным, состоявшим на учете, при сроке беременности 30 недель». Висит справа на стекле (к окну подходишь справа, поэтому данные объявления, в отличие от трех предыдущих — видны сразу).

Спрашиваю: «Как попасть к участковому: нужно ли записываться, брать талончики?» Мне отвечают: «Живая очередь». Я спрашиваю: «Можно ли попасть платно, без очереди?» Женщина отвечает: «Нет, в хозрасчетном отделении на приеме другой врач(и)».

Окно 2. «Хозрасчетное».

Спрашиваю: «Сколько стоит консультация?» — «390 руб.». Спрашиваю: «Какое время приема?» — «До 19-00».

«А во сколько начинается прием?» — спрашиваю я. — «С 8-ми или 9-ти?» Регистратор слегка раздраженно отвечает: «С 10-ти».

Объявление: «Внимание! При мини-аборте... — легкий завтрак» (далее описание того, как надо питаться накануне).

Объявления хозрасчетного отделения: перечень услуг и цены, платные анализы, мини-аборт 1350 руб., кровь на гормоны от 250 до 400 руб. Еще объявления: «антистарение», «врач-иммунолог», информация о вышестоящих инстанциях, Приложение к приказу № 1.

2. Многопрофильная клиника «У»

По всем признакам — это частное медучреждение, оно фигурирует в рекламе частных клиник, но в нем самом это нигде не обозначено. Иду записываться к врачу, которого мне порекомендовала моя врач О. другого профиля — я специально у нее спросила, поскольку не нашла «знакомого» гинеколога в ближайшем окружении². Спросила, надо ли сослаться на нее при посещении. О. ответила: «Обязательно».

Красивый подъезд с невысоким, недавно построенным крыльцом, с указателями «Аптека», «Клиника У». В холле аптека и стилизованный «под старину» шкаф с медицинской посудой и объявлениями, потом отсек у лестницы — регистратура, но у нее нет никаких опознавательных знаков, скорее она похожа на рецепцию в гостинице, только девушки в белых халатах. Объявлений никаких нет — лишь дипломы и сертификаты премий, которыми награждалась клиника, и копия лицензии от 2001 г., действительной до 2008 г.

На стойке регистратора рекламная брошюра и календарь с рекламой клиники (взяла с собой). Записалась к врачу (В.И.) на следующий день, в вечер. На более раннее время (до 12 часов) записаться было нельзя. От О. я знала, что В.И. работает попеременно: один день утром, следующий — вечером. За стойкой приятная девушка лет 20–25 несколько минут болтала по телефону, обсуждая вчерашнюю вечеринку, пока не обратила внимание на меня и еще одну подошедшую женщину. Была очень любезна. На мой вопрос о ценах ответила, что прием специалиста стоит 650 руб., УЗИ — 1000 руб., гормональный анализ — 400 руб. (соответственно около 25, 40 и 15 дол.). Сказала

² Спросила родственников — у них не оказалось таких знакомых. Есть «супер»-гинекологи, до которых добираться сложно и пока нет повода. Знакомые мне также порекомендовали Диагностический центр на Московском пр., 22, однако другие сказали, что не стоит туда ходить. Я колебалась в выборе между Центром и районной консультацией, но боялась опять попасть в состояние стресса из-за хамства врачей, запугивания (в последнее время я стала мнительной — наверное, из-за недавних двух не подтвердившихся онкодиагнозов). Поэтому давно знакомому врачу О., стиль работы которой мне очень нравится (качество, разумеется, тоже), я сказала, что мне нужен «мягкий врач». Она прекрасно меня поняла и ответила, что у ее врача все «лапочки» и, кроме того, она отличный профессионал: если что-то ей не нравится, то будет проверять очень тщательно, призывая других врачей и проверяя подозрения (при том, что она работает в дорогой частной клинике).

также, что ничего приносить с собой не надо. Из брошюры я узнала, какие направления есть в клинике и какие услуги предоставляет гинекологическое отделение. Цен на услуги в брошюре нет. На втором этаже также есть кабинеты. Между этажами на лестнице столик, на нем рекламные брошюры, пакеты с чаем и сахар (кулер с горячей и холодной водой у стойки регистраторов), негромко работает телевизор. Все помещение отремонтировано по дорогим стандартам евроремонта. Три удобных мягких кресла для ожидающих (вероятно, не предполагается, что в очереди на прием больше чем 3–4 пациента), но стоят они в достаточно неудобном месте — почти в проходе на второй этаж.

После такой разведки я стала думать, куда же идти завтра. «У» — очень дорого. Но решила, что нервы дороже, «эмоциональная работа» врачей дорого стоит, хотя деньги ее не гарантируют. В известной степени ее гарантируют рекомендации. Однако опасалась, и, как выяснилось, не без оснований, гипердиагностики и своего рода «вымогания денег» на необязательные избыточные процедуры. Поэтому альтернатива и риски для меня сводились к следующему: 1) выбор частной клиники — и риски неоправданной траты денег и слишком пристального сосредоточения на болезни (болезнь — источник доходов для врача и источник расходов для меня); 2) выбор государственной консультации — издержки траты времени (в очередях к врачу, на анализы и пр.), нервов (хамство со стороны врача, не желающего делать эмоциональную работу хотя бы по минимуму), а также отказ от современных средств лечения из-за дороговизны и недостаточной информированности врачей. Подводя промежуточные итоги, могу сказать, почему я люблю финских врачей: они не хамят и я не подозреваю их в «вымогательстве». Не исключаю, что профессиональный уровень у них и не выше, чем у российских, а ничего постороннего я просто не «вчитываю», поскольку общаемся на английском — не родном языке для обоих участников взаимодействия.

Этап II. Посещение врача

Клиника «У»

10 марта 2006 г., 11.50

Назначено время на 12.00. Подхожу к регистраторам. Две любезные девушки, потом появляется третья, которая вчера записывала меня на прием.

— *Вы к кому?*

— *К В.И.*

— *Вы у нас уже были?*

— *Нет.*

— *А у нас записано, что были год назад (с недоумением).*

— *Вчера меня спросили, когда я последний раз была у врача. Я ответила, что год назад, но не у вас.*

(Девушки очень милые, но производят впечатление не очень профессиональных, занятых своими делами, слегка флиртующих по телефону и с посетителями — достаточно сильный контраст с женщинами средних лет, работающими в регистратуре ЖК, — малолюбезными, отрывочно-раздраженными.)

Попросили подождать. Предложили раздеться (шкаф-купе для верхней одежды), взять бахилы — их выдал сторож (охранник) лет шестидесяти, который сидит в закутке под лестницей, за шкафом.

В холле сидят две женщины-пациентки, на вид лет 40 и 60, одеты неброско, обычно (это не соответствует моим ожиданиям — клиника дорогая, я думала, что тут будут расфуфыренные барышни), и один молодой человек.

Меня просят подписать договор предоставления медицинских услуг, я его пролистываю (три страницы) и подписываю. Он касается того, что я обязуюсь платить за все процедуры и анализы на усмотрение врача. (Вызывает раздражение, но лень высказать его вслух, не хочется портить настроение и без того неважное. Не запомнила, была ли там информация о правах пациента.)

По холлу передвигается медперсонал. Насчитала шесть человек за все время ожидания приема врача (не считая регистраторов).

— *А есть ли приложение к договору — какие цены?*

— *Вы хотите посмотреть? (тянется за большой папкой).*

— *Нет, я хочу взять с собой.*

— *Нет, он очень большой (тон обиженный).*

Мне выдают лист, на котором наименование разных услуг, и с ним я должна идти к врачу (для оплаты).

Сижу десять минут. Девушки в регистратуре отвечают на звонки, одна печатает на компьютере. Появляется еще один молодой мужчина, в джинсовом костюме, здоровается, надевает бахилы и уходит наверх.

Уходя, он приобретает медсестру — может быть, это ее знакомый, а может быть, он просто флиртует.

Оформление анонимное: фамилию записывают со слов, документы не требуются.

Прием врача длится около пятидесяти минут.

Кабинет примерно 6–8 кв. м, интерьер офисного помещения с дорогим ремонтом. Оборудование обычное. Стол врача, стул, за ширмой стулья и гинекологическое кресло, «улучшенное» — оно шире и мягче привычных.

Общие вопросы о болезнях, о причине визита. Расспрашивает очень подробно: когда была у врача, какой результат, что проверяли, какие хронические болезни, чем лечат, какую контрацепцию использовала и использую. О хронических болезнях говорю, что есть гастрит, но он меня не беспокоит. (Потом она замечает, что у них можно обследоваться и по гастриту. Я отвечаю, что не все сразу, и вообще это стоит денег.)

— *Когда и сколько рожали?*

— *Родов не было*

— *Это Ваше решение?*

— *Можно и так сказать.*

После осмотра — когда она начинает употреблять много медицинских терминов — спрашиваю:

— *Можно ли мне записывать?*

— *(Раздраженно) А зачем?*

— *Я хочу все хорошо понять.*

— *Я и собираюсь Вам как следует все объяснить.*

(Моя близкая знакомая, медик, к которой я обратилась за помощью с просьбой объяснить, что же мне прописали и зачем, возмущалась, как лихо врач себя обезопасила, не написав мне ничего на бумаге. Выдали только результат УЗИ.)

Осмотр занимает достаточно много времени, делается УЗИ, которое врач очень хочет показать мне. Я говорю, что ничего не вижу (у меня плохое зрение), она не слишком реагирует и продолжает осмотр, показывает мне большое количество узлов (я не могу вспомнить, что они означают — фиброма? миома? что-то более сложное?), все остальное в порядке.

Берет мазки. (Разрешение на эту процедуру врач у меня не спрашивает, и лишь потом говорит, что она делала: я ведь подписала договор, в котором указано, что манипуляции делаются по усмотрению врача, а я обязана платить. Платить за общий мазок — на мой взгляд, вполне логично, за онкологический — не знаю. В Финляндии в моем возрасте берут мазки на онкологию один раз в 3–5 лет — в государственных (муниципальных) клиниках бесплатно.) Об УЗИ меня тоже не спрашивают, но, кажется, я упомянула, что собираюсь его сделать. Говорит: «Странно, что год назад финский врач сказала, что все в порядке». Спрашиваю: «А эти узлы не могли образоваться за год?» Она говорит: «Нет».

Все время речь идет о гормонах. Врач спрашивает, какой я национальности? Очевидно, это имеет отношение к гормонам (по ее мнению), но мой ответ (отец — еврей) ничего не проясняет. Она говорит что-то невнятное о том, что по отцовской линии это (что-то связанное с гормонами) не передается. Лежа на кресле, достаточно сложно задавать уточняющие вопросы.

Возникает ощущение растерянности — меня больше всего волнует, насколько опасно это заболевание, насколько распространено, какие перспективы, — но я не знаю, как это выяснить. Она начинает очень подробно рассказывать мне про дорогостоящие препараты (это мне удается записать), которые я могу выбрать.

1. Гормональная спираль. Название «мирена» (выдала брошюру). Цена 8 тыс. (более 300 дол.), установка 2 тыс. (80 дол.). Ставят на 5 лет, вырабатывает нужный гормон, чтобы фиброма (?) рассосалась. А она будет увеличиваться, по словам врача. «Мы используем это средство несколько лет и результаты очень хорошие», — говорит врач.

2. Таблетки. Мидипристин. Цена 5 тыс. руб. (200 дол.), принимать в течение шести месяцев. Действие то же. Это лекарство нужно заказывать, оно не продается в аптеках. Тройная доза используется для медикаментозного прерывания беременности. Во время консультирования читает инструкцию, говорит, что это самый современный препарат, только что появился, и они сразу начали его использовать. «Но вы же понимаете, что если у нас появилось только что, то это не значит, что его в мире не используют» (я понимаю это, но не совсем). Можно принимать половинную дозу (т. е. сэкономить половину денег!). Невнятно говорит, что я могу попробовать его купить сама, а могу заказать у них.

3. Сильнодействующее средство, которое мне принимать пока рано, поэтому подробно объяснять не стала.

4. Можно не делать ничего, а просто наблюдаться. (Я спросила, как лечили в советское время? Она говорит: «Никак, когда матка принимает объем 12 недель беременности — это показание к операции». У меня объем около 5 недель.) Я бы предпочла начать с этого.

5. Можно сделать гормональные анализы — стоимость 4 тыс. руб. (цены сопоставимы с ЖК), но не обязательно. Почему бы с этого не начать? Анализы делаются по циклу, выдала памятку о том, как сдавать данные анализы.

Прием врача оплатила в бухгалтерии (отдельная комната), 2700 руб. (около 100 дол.), там же выяснила, сколько стоят гормональные анализы.

После приема попросили подождать минут пятнадцать результаты анализа. Ждала около 40 мин., выпила чаю. Записывала впечатления в тетрадь. После того как результат был готов, врач вышла из кабинета и сказала мне, что найдена молочница, нужно использовать свечи и выпить таблетку, цена которой варьируется от 100 до 400 руб., но она не советует покупать дорогую, поскольку нет клинической картины (вернее, есть, но смазанная), значит, не слишком сильное заболевание. Я купила в их аптеке за 170 руб. микомакс и в другой аптеке свечи пимафуцин (был аналог за 40 руб., я купила за 140). Заодно спросила врача: «А что, собственно говоря, Вы проверяли?» Выяснилось, что гонорею и трихомоноз, которых не обнаружили. (Непонятно, почему искали их? Социальные болезни? Почему тогда не проверить на СПИД и сифилис?)

Результат: я в полной растерянности и не знаю, какое решение должна принять. Врач мне не понравилась — она показалась мне давящей, авторитарной, манипулирующей, несмотря на очень мягкую и вежливую форму. Кроме того, мне не понравилось предложение новомодных средств (я не могу получить информацию у знакомых о результатах их воздействия). Дороговизна также отпугивает.

Комментарии знакомых. Знакомые медики не могут пока разобратся и что-то мне разъяснить и посоветовать. Немедики советуют плюнуть (поскольку, собственно говоря, меня ничего не беспокоит). Я склонна сходить в обычную, районную, ЖК к своему участковому врачу, в том числе в исследовательских целях, выждав некоторое время. Было бы логично посетить финского доктора, но это дорого и сложно.

17 марта 2006 г.

У меня не сформировалось четкого представления о том, когда я должна звонить врачу в офис по поводу результата онкологического анализа. Уже закрывая дверь, она сказала что-то типа — через десять дней, в пятницу, и, кажется, после 12.00. (До этого она вежливо и подробно объяснила мне, что если я решу начинать принимать те лекарства, которые надо заказывать, я могу звонить ей в любое время на работу (вероятно, имелось в виду в часы приема) и не должна обижаться, если она не отвечает, поскольку во время приема пациентов она отключает телефон.)

В результате сегодня, в пятницу, я решила заняться этим не обременительным, но довольно неприятным для меня делом — узнать результаты онкоанализов. Дозвонилась в справочное с первого раза (примерно в 13.30), спросила, могу ли узнать результаты анализа, готовы ли они и принимает ли сейчас мой врач (вообще, последнее я могла посмотреть и в своих записях, но поленилась). Мне очень вежливо начали объяснять, что результаты они не сообщают, но готовы ли они — сейчас посмотрят, а врач принимает вечером. Я переспрашиваю: «С двух?» Мне отвечают: «С трех». (Все время ощущение несоответствия, даже по мелочам, той информации, которая мне нужна, и той, которую мне предлагают. В частности, мне не ясно, когда начинается вечерний прием, а они считают, что я это должна узнавать самостоятельно. Однако то же несоответствие спроса и предложения обнаруживается и по поводу более существенной информации.) В этот момент на другом конце провода, в справочном, зазвонил телефон (не поняла — другая линия или мобильник), и меня с извинениями попросили подождать. Ждала я, наверное, минуты две (т. е. довольно долго). После этого диспетчер сообщила, что результаты анализов еще к ним не поступали. Я в какой-то момент назвала свою фамилию, но мне кажется, что она ее уже не слышала, отвлекаясь на другой звонок. Однако я не думаю, что она просто не стала проверять, поступили ли мои анализы. Возможно, вообще не поступили результаты анализов, сделанных в тот же день, что и мои. Я объясняю, что не поняла, когда звонить — в пятницу или через десять дней, мне раздраженно (или мне это кажется?) отвечают: «Звоните через десять дней».

21 марта 2006 г.

Повторный звонок по поводу анализов. Звоню В.И. в клинику «У». С дрожью в голосе (надеюсь, не очень заметной) спрашиваю, каковы

результаты онкологического анализа. Врач не вполне помнит ни меня, ни ситуацию. Дальше произносит набор слов, который для меня ничего (или почти ничего) не означает: «Воспаление, эндометрия (или что-то похожее), лейкоциты, дрожжи». Я не могу понять, каков диагноз онкологов³. Врач продолжает: «Надо пролечить». Я говорю: «Так вы же мне лечение назначили (я реагирую на слово дрожжи, вспоминая, что это слово было связано с молочницей — небольшой неспецифической инфекцией) — назначено лечение в виде одной таблетки и свечей; все эти предписания я уже выполнила». Врач говорит: «Ну, тогда нужно делать контрольный мазок». Я говорю: «Я вам позвоню». Очень вежливо отвечает: «Звоните». Я остаюсь в полной растерянности. Кажется, онкологи ничего плохого не сказали (вероятно, эту информацию врачи до меня донесли бы), но больше я ничего не понимаю. Новая загадка — как расшифровать полученную информацию? Попробовала проконсультироваться у знакомых, но забыла слово «дрожжи» (в страхе перед онкологическим результатом записала только какие-то отрывки разговора) и в результате ничего не поняла снова, кроме того, что лейкоциты — это и есть показатель воспаления, скорее всего неспецифического. Решила, что надо искать другого врача, чтобы объяснил, растолковал и перепроверил результаты. Родственники говорят: «Иди в ЖК». Я ною: «А очередь в ЖК?» Они советуют: «Иди за деньги в хозрасчетное отделение».

22 марта 2006 г., 9.00–10.00

Звоню еще раз В.И. в «У». Спрашиваю: «Могу ли я получить результаты анализов и выписку?» (Я очень напряжена, собираюсь «качать права» и настаивать на том, что оплаченные анализы — это моя собственность.) Она говорит: «Конечно, но результат не информативен». (Вероятно, врач меня уже опознает, да и пациентов там немного.)

³ В Финляндии, после удаления родинки, по результатам цитологии врач мне сказал: «В все хорошо, разделенных клеток нет». Другой случай — на Песочной, в Петербурге. Про ту же родинку, до удаления, мне врач сказал: «Ну какая теперь командировка? Это очень похоже на меланому, и вам надо думать совсем о другом». Прошло полтора года, мне до сих пор очень неприятно об этом вспоминать. Поэтому я и предпочла удалить родинку в Хельсинки — платно, дорого и доброжелательно, в отличие от Песочной. Во время операции, которая продолжалась минут двадцать, финский врач спросил меня о том, что я делаю в Хельсинки, чем я занимаюсь, а потом расспрашивал меня о содержании моей диссертации.

Я спрашиваю: «Что это значит?» Она (прерывается, наверное, смотрит в компьютер): «Воспалительный процесс, эндо... цервит, дрожжи... Поэтому, — продолжает она, — анализ надо повторять». («Началось!» — думаю я.) Я спрашиваю: «Сколько стоит?» (кажется, я нашла способ совладания с напряжением — постоянно торговаться по поводу денег и демонстрировать то, что с деньгами у меня проблема.) Она говорит: «300» (рублей). Я что-то бурчу: «Это все или что-то еще надо оплачивать?» Она говорит: «Сейчас посмотрю... Ну, а остальное у нас все в порядке — эндометрия в порядке, матка слегка увеличена, с небольшим узелком (??) (кажется, другой доктор говорил мне, что узелков множество!), надо наблюдать; дрожжи — поэтому рекомендован повтор, из-за воспаления не видно». (Перевожу на свой язык: из-за воспаления онкологи не могут поставить диагноз.) Спрашиваю: «Надо ли повторить онкологический анализ?» Она говорит: «Можно осенью, когда денежки будут (реакция на мой заход о деньгах), а сейчас лучше повторить анализ флоры». «Сколько стоит?» — «600 (отвечает с некоторым сожалением). Но там все сразу проверят». (Спрашивается — зачем? Только из-за денег или такова традиция?) Я: «Ну, хорошо, я позвоню, а можно ли сделать мне выписку, и я заберу ее на рецепции?» Она: «Конечно, но зачем Вам ходить? Придете сдавать анализ, и сделаем выписку» (это означает, что выписку можно получить, только заплатив еще 600 руб.). «Спасибо большое», — говорю я проникновенным голосом, выражающим благодарность. Ее голос тоже теплеет, когда она говорит что-то в ответ. Чувствую, что я сдалась и за результатами анализа не пойду.

Сегодня я все-таки довольна. Во-первых, записала то, что сказала врач, и «неинформативную» информацию все-таки получила. Во-вторых, поняла, что у меня все в порядке. Испытываю облегчение и чувство благодарности, хотя и не за что. Думаю о том, как легко манипулировать/управлять эмоциями и состоянием, а заодно и кошечкой нервной пациентки. В-третьих, просчитала возможную стратегию, которая дает некоторый эффект: можно «прибедняться», или «экономить», или предложить технологию «отложенных расчетов». Мне казалось, что я дала понять врачу, что в будущем у меня деньги будут, и В.И. именно так это и интерпретирует. В целом демонстрация финансовых возможностей клиента крайне важна — именно на нее ориентируются врачи, дифференцируя пациентов. В ЖК я решила пока не ходить — вроде нет причины. Стоит ли делать повторный анализ — также не решила. (*Примечание.* Больше я в эту клинику не ходила.)

9 июня 2006 г.

Посещение гинеколога в Хельсинки

Небольшая предыстория. Находясь в растерянности по поводу того, что же мне делать дальше, после мартовских визитов к врачу в Санкт-Петербурге, я выслушала советы и комментарии окружающих. Одни сказали: «Иди в районную женскую консультацию на платный прием», другие: «Не ходи никуда». Сестра посоветовала мне посетить финского врача, у которой я была полтора года назад. Аргументы были для меня убедительными: та докторша мне понравилась, она должна помнить, что было полтора года назад — либо что-то выросло за полтора года, и это серьезно, либо новообразование было уже тогда, но в этом нет ничего страшного. Психологически такое решение было бы для меня легким (мне кажется, что финские врачи эмоционально нейтральны и денег не вымогают), но такой визит не так просто организовать и стоит это дорого в сравнении с российскими ценами — 200–300 евро за прием. Однако я все-таки решила, что мои эмоциональные ресурсы — это самое главное и я не могу тратить их на врачей. Лучше уж тратить деньги! Подруга записала меня на прием примерно за месяц. Я пошла к врачу в день выезда из Хельсинки, где я была проездом, возвращаясь с международной конференции.

В назначенный день я совсем не волновалась по поводу визита, а беспокоилась, как бы не заблудиться и не опоздать на прием⁴. Однако меня согласилась проводить знакомая моей подруги (вообще-то я хорошо ориентируюсь в пространстве, но из-за резкого падения зрения в последнее время потеряла навыки и уверенность). До места добрались практически без приключений, от центра это около 20 мин на автобусе. С прошлого посещения я помнила, что это небольшая частная клиника. (Похоже, что они все таковы в Хельсинки — я была 3 раза у окулиста, 2 раза у онколога, 1 раз у зубного врача в Тампере и много

⁴ Это отдаленный район, в который моя русская подруга, постоянно проживающая в Хельсинки, попала по блату, поскольку кто-то из ее знакомых посоветовал ей хорошего врача. Когда я шла первый раз к этому врачу полтора года назад, я шла скорее за компанию (привезут — отвезут — ни о чем думать не надо — чтобы не заниматься организацией чего бы то ни было, если этого можно избежать). Хотя я и полагала, что финские частные врачи примерно одинаковы и вполне можно было бы сходить к любому в центре Хельсинки, что удобнее. Не Россия — можно обойтись и без наводки. В результате теперь столкнулась с необходимостью самой добираться в отдаленный район.

раз в студенческой клинике 10 лет назад. Но студенческая медпомощь — это совсем другое!) Такие клиники часто занимают часть этажа или целый этаж в обычном жилом или офисном здании. Внутри регистратор, кабинеты врачей. Эти офисы не сильно отличаются от наших частных медицинских центров: людей совсем мало, все очень любезны, очень чисто (впрочем, в Финляндии так везде). Гинекологическая клиника занимает пространство общей площадью 100 кв. м, регистратор находится в отдельной комнате со стеклянными стенами, женщина лет 30, не в халате. Холл метров 15: кресла, стулья, цветок, тихо играет музыка (вероятно, радио), кухня, туалет, гардероб, из небольших коридоров входы в кабинеты. Кажется, что работает 2–3 врача, может быть, 4.

Я прихожу примерно в 11.50 и говорю регистратору, что мне назначено на 12.00. Нет ни одного человека вокруг. Девушка (как и большинство финнов в офисах, говорит на прекрасном английском) — переспрашивает, и я вижу, что что-то не в порядке. Примерно через две фразы она, очень смущаясь, спрашивает, могу ли я прийти в другой день. Я отвечаю, что не могу (и начинаю испытывать облегчение из-за того, что, кажется, сэкономлю деньги; одновременно появляется и раздражение). Она говорит примерно следующее: врач сегодня отменила все приемы, они всем позвонили, но меня не нашли, нет моего мобильного телефона (вообще-то не очень искали, поскольку телефон моей подруги у них есть — но такие не прямые ходы у них, вероятно, не приняты). Однако она тут же спрашивает меня, не хочу ли я пойти к другому доктору — у них есть прекрасный специалист А., очень квалифицированная. Я соглашаюсь, поскольку хочу попасть не к конкретному врачу, а к любому финскому врачу, с определенной культурой взаимодействия с пациентом. В квалификации я не сомневаюсь. Регистратор вздыхает с облегчением, находит мою карту в компьютере (спросив, когда я была последний раз) и просит подождать. Заполняю какую-то бумажную карту, год рождения, адрес, телефон. Она спрашивает меня также, есть ли у меня какая-то социальная карта. Поскольку у меня нет — я не вникаю в то, какая именно, однако знаю от подруги, что какая-то карта дает скидку и в частной клинике. Я сажусь на диван в холле и жду. Минут через десять выходит женщина лет 50, подходит к окну регистратуры и, вероятно, расплывается. Это занимает минуты две, она уходит. Больше пациентов я не видела. Еще минут через пять выходит врач, в халате, лет 55, здоровается со мной за руку и приглашает пройти в кабинет.

Кабинет достаточно стандартен. Стол, кровать (а не гинекологическое кресло), два монитора, компьютер на столе. Я сажусь рядом со столом, она спрашивает, какие у меня проблемы.

Я рассказываю, что два раза нарушался цикл, больше никаких проблем нет (про миомы я решила не говорить, поскольку не могла изобрести внятного объяснения, почему я не верю русским врачам и почему мне неприятно, и даже страшно, с ними общаться). Врач говорит о том, что можно сделать: УЗИ, тест онкологический, проверка груди. Я соглашаюсь, хотя она как бы и не вполне спрашивает. Скорее утверждает (как мне кажется по тону ее голоса), но с некоторой вопросительной интонацией. Я говорю, что грудь проверяла полгода назад⁵. Кроме того, она спрашивает, делали ли мне анализ крови, гемоглобин и пр. Я говорю, что да (действительно делают время от времени по каким-то разным причинам, но я решила сэкономить деньги!). Спрашивает, когда был последний цикл.

Она просит меня раздеться и лечь на кушетку. Проводит осмотр. Говорит, что все в порядке. Потом берет мазок, я морщусь, но не от боли. Она говорит поддерживающе, что это немного неприятно. В целом врач немногословна и неэмоциональна, можно сказать, что своим поведением она выражает «сдержанную поддержку». Спрашивает, часто ли я бываю в Финляндии и что я тут делаю. Я кратко объясняю, никакой реакции не следует. Делает УЗИ. В мониторе над моей головой я вижу что-то, не вникаю, однако обращаю внимание на то, что видно даже с моим зрением очень хорошо. Она смотрит в другой монитор. Говорит, что есть небольшая миома, но в целом все в порядке. Потом смотрит грудь и также говорит, что все в порядке. Уходит к столу, начинает что-то писать. Я встаю и одеваюсь.

Подхожу к столу, присаживаюсь и недоверчиво спрашиваю, действительно ли все в порядке, что за миома и надо ли ее чем-то лечить. Она говорит, что нет, только наблюдать и посмотреть, как она изменится через год. Я чувствую, что очень довольна. Дальше врач спрашивает, куда прислать результаты теста, я объясняю (они до меня так и не до-

⁵ После того как грудь заболела, я в панике побежала в районную поликлинику. Оттуда меня послали на диагностику в онкологический диспансер на Березовую аллею. Там я пошла к знакомому врачу. После тяжелого опыта в городском онкологическом центре в поселке Песочный, куда я отправилась просто по направлению, я уже решила не рисковать, и знакомый обнаружился. Опыт визита к знакомому врачу был позитивным.

ходят). Распечатывает мне краткие результаты УЗИ. Небольшая заминка — я прошу ее дать мне результаты (фотографии) УЗИ на руки, и она дает, хотя выражает некоторое удивление, не понимая, зачем они мне нужны. Прощается со мной за руку. Визит занял минут тридцать. Общая цена 212 евро (из них прием тридцать минут — 75 евро), остальное — стоимость анализов. Однако, говорю я себе и окружающим, мои нервы того стоят! Регистратор спрашивает меня с очень заинтересованным видом, все ли в порядке, и я отвечаю, что да, и она еще раз говорит, что А. — очень квалифицированный специалист.

1 февраля 2007 г.

Посещение гинеколога в Санкт-Петербурге, районная женская консультация

Предыстория. После визита к частному врачу (не понравилось и дорого) и финскому врачу (понравилось, но очень дорого и технически малодоступно) осталось решить проблему, где наблюдать миому. Поскольку ничего лучшего, чем посещение районной ЖК, я придумать не могла, а идти туда не хотелось, то я на некоторое время заняла выжидательную позицию, уверенная, что рано или поздно что-то подтолкнет меня к решению. Подтолкнуло то, что родственница Лена пошла в консультацию (именно она — медик — была сторонницей того, что самое хорошее, а заодно и дешевое — идти в районную ЖК к участковому врачу). Врач ей понравилась, а ее мнению я доверяю. В результате я попросила, чтобы в следующий визит Лена взяла меня с собой. Про врача я знала, что она примерно моего возраста, нерусская (национальность врачей обсуждается некоторыми моими знакомыми постоянно — смысл мне не ясен, похоже, считается, что лучше идти к русским), внимательная, профессиональная, ну, и, пожалуй, это все, что я о ней могла узнать. В порядке подготовки к визиту была куплена бутылка вина за 200 руб. в приличном магазине, поскольку Лена сказала мне, что на предыдущий прием отнесла парфюмерный набор, сразу положила его на стол и реакция врача была положительная.

В понедельник был вечерний прием, до 19.00. Лена пошла занимать очередь и позвонила мне из консультации, чтобы я приходила сразу, поскольку очередь небольшая. Я пришла примерно в 17.45. Районная ЖК, о которой я уже писала раньше, кабинет на четвертом этаже. Поднималась на лифте. Чисто, но отдает советской убогостью, стены зеленые, двери слегка облупленные. В отсеке, где четыре кабинета, — две скамейки для посетителей, четыре гинекологических кресла в коридоре. Тем-

новато. Сначала ожидающих было всего 3–4 человека, потом стало 7–8, причем преимущественно к тому же врачу, М.И., к которому шли мы. На вид большинству пациентов было до 30 лет, двум — за 40.

Перед тем как пойти к врачу, сходила в регистратуру и завела карточку. Все было очень просто, заняло минуты три, все данные регистраторша списала из полиса ОМС и паспорта, задала всего один вопрос — кем работаете. (До этого я ждала минуты три у пустого окна и сказала вслух: «Будьте добры...», привлекая внимание тех, чьи голоса доносились из-за загородки. Вышла женщина, вежливо, но недовольно сказала, что у нее не было с трех часов и маковой росинки во рту и можно было немного подождать (интересно, откуда я могла это знать?). Я, столь же вежливо, сказала, что у меня пройдет очередь, иначе я, конечно, подождала бы. После того как она закончила со мной, была выставлена табличка «Перерыв» — правила, как всегда, неясны и непредсказуемы.)

Сценки из очереди

Сцена 1. Подросток. Девушка (возможно, 16 или 17 лет), беременная, на последних сроках, вроде бы с подружкой, веселая. Выходит врач из кабинета напротив и очень дружелюбно спрашивает через весь коридор:

Врач: *Зачем пришла?*

Девушка: *Я ходила в роддом, и там никого не будет до 12 февраля.*

В: *Как? Ты ничего не перепутала? Не до 12 января? Кто тебе сказал?*

Д: *Там написано.*

(Дальше я отвлеклась.)

В: *Ты ничего не делаешь, что надо, я тебя переведу к взрослому врачу.*

(Я не поняла сразу, угрозу выражала фраза врача или нет, и Лена объяснила мне: это означает, что она лишится преимущества рожать в более хорошем подростковом роддоме.)

Д: *Я все делаю.*

В: *Я даже не хочу тебя пускать в кабинет, а то меня начнет тошнить — т. е. начнется токсикоз... А ты вообще сидела бы дома в такой мороз... Ты одна?*

Д: *Мама придет...*

И потом девушка еще долго ждала, пока не пришла мама, а врач ходила по коридору с какими-то бумагами.

Сцена 2. Мужчина. В фойе, где посетители ожидают своей очереди, входят девушка с молодым человеком, оба лет 25, вроде бы пара, она отдала ему сумку, какие-то вещи. Сели на стулья напротив друг друга, посидели минут пять, потом пришла еще одна девушка, поговорила с первой, и та ушла через какое-то время, а вторая осталась. Парень тоже остался. Их тоже можно было принять за пару. Хотя, скорее всего, это была либо подруга, либо чья-то сестра. Других мужчин за полтора часа не было видно. На первом этаже отделение андрологии. Лена сказала, что там ходят очень смущенные мужчины. Однако, с моей точки зрения, оттуда выходили мужчины обычные, ничем не смущенные; видела и пару, мужчину и женщину, лет около 30, которая выходила оттуда.

Сцена 3. Беременная мать. Лена в кабинете, а я жду, сидя на скамейке. Читать невозможно — освещение очень плохое. Я еще спокойна. Но вот подошла моя очередь, и в этот момент к дверям кабинета подходит беременная женщина лет 40 (потом выяснилось, что больше, — Лена видела, как ее привезли дочь и муж дочери, которым лет по 25) и вежливо сказала, что если я ненадолго, то она меня пропустит, а если с осмотром, то беременные вне очереди. Я что-то плету, что я вместе с девочкой (т. е. с Леной) и мне надо пойти сразу после нее. Топчемся вместе, но я уже понимаю, что придется отступить, поскольку скандал мне ни к чему (пытаюсь не вызывать априорное раздражение врача). Говорю беременной, что войду вместе с ней, чтобы врач меня опознала. Она не возражает. Девочки в очереди сидят тихо. Тут выходят врач и Лена, и врач несколько недовольно интересуется, кто тут к ней. Я что-то говорю, что я с Леной, но сейчас пойдет беременная. Беременная идет, врач сообщает не без раздражения, что после нее будет проветривание. Я снова сажусь и начинаю обсуждать с Леной происходящее.

Сцена 4. Знакомые врача. Проходит минут пятнадцать (врач принимала при мне всех по 15–20 мин), к другим врачам очередь рассасывается, а к моей докторше — увеличивается. Вход в кабинет со скамейки не виден. У двери вдруг возникает какое-то движение, беременная выходит, в кабинет проходят две молодые женщины. Кто-то

в нашей очереди начинает возмущаться, кто-то заглядывает в кабинет, врач говорит, что это «не без очереди». В какой-то момент врач вышла и сказала, чтобы больше не занимали, после чего пришли еще две женщины. Тогда я встаю у дверей, стою там минут двадцать (слышу, что в кабинете разговаривают на «ты», — потом я поняла, что эта практика распространяется и на незнакомых) и постепенно начинаю раздражаться все больше и думать, что это была плохая идея — идти в консультацию и что тут полный «совок», и пр. Примерно в 18.45 две женщины выходят, врач приглашает меня, в очереди еще человека 3–4. (Лена сказала, что во время ее приема врачу звонил кто-то, на что-то жаловался, она отвечала: «Придешь, позвонишь, я выйду и возьму тебя без очереди». «Хорошо быть приближенным», — подумала я и почувствовала свою легкую ушербность.)

Прохожу в кабинет. Отдаю статистический талон, который Лена заполнила в коридоре, даю свою карточку и ставлю бутылку на стол, спокойно говоря, что я поздравляю ее со всеми прошедшими праздниками. Она совершенно спокойно говорит: «Спасибо». Врач, спокойно берущий подарок, — подарок для пациента. Все это сильно отдает подхалимством или стремлением произвести наилучшее впечатление на врача. Иногда кажется, что врача надо «соблазнить», привлечь к себе внимание, завлечь, уж не знаю и что еще, установить с ним (с ней) интимные (в смысле близкие, доверительные) отношения.

Сообщаю, что у меня миомы и, по мнению врачей, с которыми я консультировалась ранее, главная задача — их наблюдать. Говорю, что есть снимки из Финляндии. Не уверена, плюс это или минус. Лена говорит мне, что лучше бы я молчала о Финляндии и о частной клинике. Но мне кажется, что это не эффективно, и я говорю. Мое ощущение — что это скорее плюс и у врача даже появляется некоторый интерес ко мне. Действительно, в процессе она меня спрашивает, что я делала в Финляндии, я отвечаю, что там работала; она спрашивает, почему я вернулась. Отвечаю так, чтобы было понятно: «Была работа по контракту, и она закончилась, а по дому я скучаю». Среди вопросов о болезнях, состоянии здоровья и менопаузе меня зацепила фраза о том, что если я не рожала, то отношусь к группе риска. Но морального оттенка в этом высказывании я не услышала. Тем не менее я не переспросила, что это значит. Проходит обычный осмотр, она спрашивает, принесла ли я перчатки, я говорю, что Лена должна была отдать, но забыла. Врач говорит: «Ничего, использую свои, только принесите в следующий раз одну, нет, две пары». Поражает меня то, что

какой-то инструмент, который введен внутрь, она просит меня подержать. Я справляюсь без труда. Говорит, что миома, хотя и прощупывается, но невелика. Остальное в порядке. У нее нет йода, люголя, и она не может что-то сделать (прижечь? сделать анализ?), и чтобы я напомнила ей об этом в следующий раз. Я спрашиваю (лежа на кресле), не надо ли еще чего-нибудь принести. Она говорит — нет. Потом встаю, одеваюсь, она осматривает грудь и щитовидку и говорит, что надо в принципе показаться эндокринологу, сделать три анализа. Я пытаюсь выяснить, где надо делать анализы. Она говорит, что здесь и эти анализы платные — по 200 руб. А может быть, в моей поликлинике они бесплатные, думаю я⁶. Надо было спросить, хороший ли эндокринолог в консультации, но я этого не делаю. На этом все и заканчивается. Общее впечатление, что она в целом достаточно толково и просто мне все объяснила. Почти все мне было понятно. Спросила ее также про контрацепцию. Статталон заполнила врач. Я должна прийти теперь через пять дней за результатами цитологии. (Выяснила у Лены, чем цитология отличается от гистологии, первая — занимается исследованием клетки, вторая изучает ткани, и тут же об этом забыла.)

⁶ Об ОМС. В январе 2007 г., вероятно в связи с нацпроектом, начали происходить «чудеса». Я пришла к своему главному врачу Г. в ведомственную поликлинику (ее вторая работа, кроме больницы). Пошла через регистратуру на платный прием (могла в принципе и бесплатно, но Г. сказала, что ей так удобнее). В регистратуре (теперь это называется диспетчерская) сказали: «Позвоните в страховую компанию — может, они оплатят (цена 650 руб., около 25 дол.)». Я удивилась и стала звонить по телефону, указанному в полисе. Не дозвонилась. Они сказали: «Ладно, и так оплатят» и оформили оплату через ОМС. Потом то же самое происходило с анализом компьютерной томографии (500 руб.) (куда я записалась по телефону) и повторной консультацией (наверное, еще 650 руб.). Еще я собиралась заплатить за прием Лены, с которой ходили вместе. Ей, однако, также все оплатили по ОМС. Так что экономия получилась почти 100 дол. Уверена, что это ненадолго, пока страховые компании не знают, куда девать деньги, но скоро они найдут им применение. Тем не менее все равно приятно. Неприятность состоит в том, что нужно дозвониться в страховую компанию, а это нелегко, после чего представитель компании перезвонит в то место, где происходит прием. Процедура получается довольно трудоемкой. (*Примечание.* К сожалению, я оказалась права. Осенью 2007 г. по ОМС эту поликлинику оплачивать перестали.)

12 февраля 2007 г.

Пошла за результатами анализов. Можно было сделать это раньше, но было некогда, тем более что анализы в общем-то дежурные. Пришла в утренний прием, т. е. в 10.15. Все вместе заняло два часа, из них сидение в очереди примерно один час сорок минут. Как и в прошлый раз, пациентки сидели только в кабинет к М.И. Количество людей варьировалось от 5 до 8. Примерно половина посетительниц — беременные, причем в основном 25–30 лет (т. е. таких было три, одна лет 30 и одна или две около 20). Очередь была очень тихая, почти никто не разговаривал; без очереди никто не пытался пройти. Одна женщина одолжила у другой журнал. Многие читали. Пару раз вздыхали, что прием каждого пациента длится очень долго. Обсудили какую-то женщину, которая так долго сидела в кабинете у М.И., за это время другой врач принял двух человек. Были студенты-медики, которые бестолково толклись в коридоре и иногда заходили в кабинет врача. Была женщина пожилого возраста, наверное 60–70 лет. За два часа наблюдала четырех мужчин — трое сопровождали женщин, а один сидел в очереди к терапевту в соседний кабинет. Когда посетители занимали очередь, они спрашивали: «Кто последний к терапевту?» Один молодой мужчина был с ребенком лет полутора; его жена ходила по разным кабинетам, а папу с ребенком я наблюдала в разных концах коридора в течение полутора часов. Консультация не является эксклюзивно женским пространством, хотя, разумеется, женщин там большинство. Несколько раз звонили мобильные телефоны. Разговаривали либо тихо, либо коротко. Женщина лет сорока обсуждала по телефону что-то связанное с налогами (она бухгалтер, судя по всему), другая разговаривала с сыном.

В 11.30 М.И. вышла из кабинета и спросила, кто к ней. Из сидевших пяти или шести к ней были четверо. Она попросила больше не заниматься (после чего подошли и ушли две молодые девушки). М.И. вышла из кабинета за эти полтора часа один раз минут на пять. Я посетила туалет. Он ужасный. Не запирается (при том, что он общий и для мужчин, и для женщин), вода еле течет, все облезлое. Правда, прикручен новый недешевый кран, что делает общую облезлость интерьера еще более выпуклой. К концу ожидания в очереди прокляла все на свете, думая о том, что надо было идти на какой-то платный прием.

Вошла примерно в 12.00. Сказала врачу, что пришла за анализами, и отдала ей две пары перчаток, которые задолжала. Врач обрадовалась и поблагодарила. Затем мне было велено искать свою карточку

среди других. Я отметила про себя, что в процессе этого поиска я перелистываю карточки других пациентов и при желании могу узнать много интересного и вполне интимного. Она в это время перелистывала другую стопку и сама нашла мою карточку. Прочитав мое имя на обложке, врач обратилась ко мне по имени и на «ты» (думаю, что мы ровесницы, это она как-то дала понять в прошлый раз). Мне это почему-то понравилось (при том, что я фамильярность переношу плохо). М.И. сказала, что «все в полном порядке» (раковых клеток нет, инфекций нет), но все-таки надо бы сделать УЗИ (началась сказка про белого бычка!). Я спросила, как это делают технически, сказала, что, конечно, сделаю, но через пару месяцев (я хочу навести хоть какую-то систематичность в своей профилактике — хотя бы раз в год). УЗИ делают по направлению через хозрасчетное окно, т. е. только платно. (Моя сестра узнала, что в городе есть диагностический центр и при наличии направления там можно сделать УЗИ бесплатно. В противном случае нужно делать платно, и это стоит 500 или 600 руб.) Кроме того, мне надо сходить к эндокринологу и к маммологу (уф-ф-ф-ф!!!). В порядке профилактики. (Можно ходить сдавать анализы и проверяться у специалистов разного профиля практически все время. Это как ремонт, который никогда нельзя закончить, как домашняя работа, которую никогда не переделать, — *housework which never has been done.*) Здоровым быть нельзя, можно быть недообследованным. Но меня это не очень расстроило в данный момент. Кроме того, я сознательно не напомнила врачу, что она мне чего-то не сделала с шейкой матки при помощи люголя, которого у нее не было в прошлый раз. Подумала: если сама вспомнит, то ладно. А она не вспомнила — и это избавило меня от залезания на кресло. Меня осмотр не напрягает, но мне как-то очень лень!

А вот дальше было интересно. Моя близкая знакомая, Наташа, которая недавно ходила к этому же врачу, просила узнать результаты ее анализов. Я ей в ответ: «Да ты что! Их не дадут!» Наташа тогда попросила хотя бы просто выяснить, надо ей срочно идти за результатами или нет, поскольку она сейчас очень занята. Теоретически мне было спрашивать об этом очень неудобно, а практически я почувствовала, что спросить можно. И я спросила. М.И. говорит: «Конечно, поищите ее анализы и забирайте, а еще заполните стат. талон на нее (на себя я уже частично заполнила)». Я не помнила номер дома и стала звонить Наташе. М.И. говорит: «Не надо, я найду (ее адрес) в карточке». Дальше мне дали гору анализов и сказали: «Ищите по фамилии». Это было

неприятно — и не только потому, что я вижу анализы других людей, которые вообще-то видеть не должна (из псевдостыдливости я старалась в них и не смотреть), а потому, что я не вполне была уверена, что хочу увидеть результаты анализа Наташи — а вдруг он плохой? Я нашла и не посмотрела. Врач сказала, что все ОК, но ей (Наташе) надо сделать еще более детальные анализы, поскольку есть некоторые клинические показания (и зачем мне эта информация?! но зато я сэкономила время Наташе, которая была этим очень довольна). Тут сразу все аспекты взаимодействия появились: этика, прагматика экономии времени (где компьютеры?), доверие врач—пациент и пр. До известной степени противно, но не слишком. То, что кто-то смотрит в мои анализы, особо меня не смущает. Но если бы они были плохими? Возможно, это меня бы обеспокоило гораздо сильнее. И надо заметить, мое доверие к М.И. пошло вниз. Избыточная интимность отношений с врачом начала подрывать мою уверенность в ее профессиональных качествах. Ведь врач знает, что этого делать нельзя. И делает. А может он(а) и что-то другое делает также? Я решила не углубляться в эти размышления.

У окна регистратуры я встретила старую знакомую Л. Она рассказала, что в Институте скорой помощи ей делали некие очень болезненные процедуры без наркоза, потом в другом месте сказали, что такая манипуляция (что-то вправляют или вытягивают) стоит 12 тыс., а наркоз — 5 тыс. руб. А потом посоветовали взять направление в консультации, лечь в больницу, где сделают бесплатно и под наркозом, может, за наркоз нужно доплатить рублей 500. И вот она интересовалась у меня, кто тут хороший врач, хотя направление можно взять и просто у участкового. Я посоветовала ей М.И., но сказала, что у нее все время много народу. Кроме того, мы не знали, имеет ли она право выбрать врача или надо идти в соответствии с участком. Обсудила с ней проблемы выбора врача (я чувствовала себя в этот момент экспертом-самоучкой). Рассказала, что в процессе контроля миомы была у самых разных врачей, поскольку искала «правильного врача» и «разумного по ценам». И решила, что главное, чтобы врач нравился (правда, это ненадежный критерий: вчера нравился, а сегодня разонравился). Знакомая подытожила: «Да, главное, чтобы было доверие». На том и расстались.

Примечание 1. Результат (май 2008 г.). С тех пор у врача данного профиля я не была, хотя и считаю себя в целом «ответственным паци-

ентом». И не хочу идти, несмотря на предписания: контролировать состояние миомы через полгода, через год. Все эта тягомотина, хоть и крайне полезная для социологического знания, вернула меня к привычной советской установке: пока ничего не болит — никуда не ходить. Нерационально тратить превентивно столько сил, нервов и денег. Вот так из ответственного пациента я стала советским.

Примечание 2. Гендерно-феминистское. Я не была вполне уверена, что готова публиковать эти материалы. По достаточно простой причине: данный опыт не хочется выставлять напоказ в отличие, например, от стоматологии, о которой я рассказываю с удовольствием и с юмором, если есть потребность и слушатели. По поводу же гинекологии меня мучили смутные сомнения. И тогда я поняла, что сомнения надо преодолевать, а тексты — публиковать. Что, в конце концов, особенно в миоме или менопаузе, в отличие от пародонтоза или увеита?⁷ Только то, что патриархатное общество приписывает интимному опыту и болезням (особенно женским) вторичное место, скрывая и умалчивая их, делая их постыдными, и пр. В результате пациенты, которыми являются и женщины, и мужчины, страдают от неинформированности, непонимания, беспомощности, равнодушия, эмоциональных фрустраций и пр. в репродуктивной и интимной сфере, больше, чем «обычные» пациенты с «обычными» болезнями.

Примечание 3. Культурно-сравнительное. Я не смогла сделать выбора между частной и государственной клиникой в России: меня не удовлетворяет ни та ни другая. Из моего текста очевидно, что финские врачи нравятся мне больше, хотя и там происходило много неприятных накладок. При этом необходимо учесть следующее. Во-первых, я знакома, хотя довольно поверхностно, с многочисленной критикой здравоохранения в Финляндии, особенно государственного. Во-вторых, эпизодическое знакомство с медициной с использованием чужого языка может просто не выявлять проблем, я могу их не «считывать», не владея для этого нужными культурными кодами. В-третьих, систематическое медицинское обслуживание в Финляндии — это слишком дорого для негражданина страны. Но, тем не менее, я испытывала именно там чувство относительного комфорта и более позитивное отношение врача к пациенту и пациента к врачу.

⁷ *Увеит* — воспаление сосудистой оболочки глаза.

Примечание 4. Ради справедливости я должна заметить, что большое число российских врачей на протяжении моей жизни оказывали мне и моим близким результативную профессиональную помощь в самых разных ситуациях и в различных учреждениях. Некоторые из них обрели статус «своего доктора», и их лечением и отношением к пациенту я полностью удовлетворена, рекомендую их своим знакомым, оплачиваю их услуги без колебания. Я испытываю к ним большую человеческую симпатию и благодарность. Однако структурная ситуация в российской медицине постоянно поддерживает высокую степень неопределенности, и часто пациент попадает в ситуацию, которая по многим параметрам его не удовлетворяет. Это относится и к вышеизложенной истории.

Ольга Ткач

**ОПЫТ ПРЕБЫВАНИЯ
В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ:
ЛЕЧЕНИЕ КАК ИСПЫТАНИЕ**
участвующее наблюдение и рефлексия пациента

На то вы и обучены, чтоб это дело понимать как оно есть, что вырвать, а что каплями или прочим чем... На то вы, благодетели, и поставлены, дай бог вам здоровья, чтобы мы за вас денно и нощно, отцы родные... по гроб жизни...

А. Чехов. «Хирургия»

Видимо, атмосфера сумасшедшего дома рождает в человеке покорность.

В. Пелевин. «Чапаяев и Пустота»

Этот текст не является «классической» версией дневника наблюдений, скорее он написан в жанре эссе. Осенью 2006 г. мне потребовалась несложная операция на стопе, предполагающая недельное пребывание в стационаре. Ситуация не из приятных, но не в первый раз в трудный момент меня выручила профессия, временно обратив личные проблемы со здоровьем в интересный полевой опыт. Опираясь на материалы участвующего наблюдения в хирургическом отделении одной из больниц Санкт-Петербурга, я предлагаю здесь некоторые размышления о том, каким образом организована сегодня массовая медицина и каково место пациента в этой структуре. Имена участников описываемых событий изменены.

**«Хорошо забытое старое»:
больничная инициация**

Я попала в одну из старейших в Петербурге больниц, как раньше говорили, «по благу». После двух операций, прежде сделанных непро-

фессионально¹, я в панике начала искать специалиста «по своим каналам». Мне пришлось обратиться к знакомой — ординатору, а той, в свою очередь, — к своему бывшему преподавателю — практикующему профессору мединститута. Он согласился мне помочь, хотя мой недуг напрямую не относится к его специализации. Знакомая уверила меня, что у профессора имеется успешный опыт проведения необходимой мне операции. После осмотра врач объяснил, что моя проблема — результат неправильно проведенных операций, и принял решение о моей недельной госпитализации. Хотя сама предстоящая операция была делом пустяковым и занимала 15–20 минут, большего внимания требовало послеоперационное наблюдение, правильные перевязки и пр. Индивидуальный подход, готовность профессора взять на себя ответственность за лечение и гарантия успешного результата — все это вызвало у меня доверие, хотя перспектива оказаться в больнице немало опечалила. Словом, личная рекомендация стала для меня неким залогом благополучного разрешения проблемы.

Меня оформили в отделение в обход правил. Документами занимался молодой хирург Алексей Алексеевич (А.А.), которому меня перепоручил профессор, сказав что-то вроде: «Проведи ее через наших»². Я сидела в вестибюле отделения и наблюдала за посетителями. Неко-

¹ Поскольку обе операции вызвали рецидивы, я полагаю, что справедливо называть их непрофессиональными. Операции проводились в платной клинике, хирургом, под местной анестезией. После этого я отправлялась домой, по дороге отходя от наркоза, затем пару раз приезжала на перевязки. Примерно через полгода приходило время для новой, повторной, операции.

² Меня могли оформить как пациентку, обратившуюся в больницу через платную регистратуру и получившую направление на операцию после осмотра хирурга. Благодаря «личным связям» я была оформлена с паспортом и полисом как бесплатная пациентка, возможно через другую поликлинику. Таким образом удавалось существенно ускорить мое помеще-ние в стационар. В противном случае мне потребовалось бы взять направление на операцию в поликлинике по месту жительства, что предпо-лагало прохождение следующей цепочки: получение талона к участко-вому терапевту — очередь к терапевту — получение направления к хи-рургу — очередь к хирургу — получение/неполучение направления в стационар. При условии, что специалисты могут работать в разные сме-ны, а количество талонов ограничено, подготовительный этап мог бы за-нять несколько дней.

торые из них приходили навещать пациентов³. Однако каждый второй был знакомым/родственником/другом кого-то из докторов, пришедшим на осмотр, диагностику или операцию. Официальные дебаты о реформировании медицинской системы могут продолжаться сколь угодно долго без особых результатов, поскольку люди в основном сами привыкли решать свои проблемы. Институт «семейных», или «своих», докторов существует вне зависимости от постановлений, и относительно качественное и, главное, удовлетворяющее пациентов медобслуживание держится именно на персонифицированных связях. Представляется, что неформальная медицина «своих докторов» или докторов по рекомендации работает достаточно эффективно.

Со мной подписали формальный договор, подтверждающий, что я даю свое согласие на операцию и проинформирована о форме анестезии, которая будет применяться. Больше мне никто ничего не объяснял. Сестринскую и кабинет ЭКГ я нашла сама, по табличкам, а когда спросила кого-то из персонала, где туалет, мне махнули куда-то в неопределенном направлении: «А вон там». Насколько я успела заметить, доля официальных правил в коммуникации врачей и пациентов в принципе ничтожно мала. О формальном порядке больницы напоминает лишь висящий у кабинета старшей медсестры «распорядок дня», на который мне указали при поступлении, когда заводили медкарту⁴. На первый взгляд отделение представляется пространством

³ Существует формальный график посещения больных в отделении — послеобеденное время, примерно с 14.00 до 19.00. В дальнейшем я убедилась, что посетители приходят в любое время, в основном — в более позднее, и персонал относится к этому достаточно терпимо и с пониманием: далеко не все работающие родственники и знакомые имеют гибкий график. Для посещения кого-либо из больных достаточно сдать верхнюю одежду в гардероб, надеть бахилы (их можно купить у гардеробщицы за 5 руб.), сообщить на вахте номер отделения и фамилию пациента. В коридоре отделения есть диваны: здесь обычно больные общаются с посетителями, однако последние имеют возможность проходить и в палаты. Набор продуктов, которые приносят с собой посетители, никем не контролируется. В столовой отделения есть два холодильника, где больные могут держать свои продукты.

⁴ Распорядок дня вывешен рядом с кабинетом старшей медсестры. В свод формальных правил включено примерно следующее: подъем/отбой, завтрак/обед/ужин, а также неоднозначная опция — «выполнение предписаний врача», которая значилась в ежедневном расписании несколько раз.

достаточно свободных взаимодействий, где пациент не только не находится под постоянным контролем и опекой медработников, но иногда имеет возможность «купить» особое обращение персонала. И тогда меня занял следующий вопрос: почему же мы так не любим и даже боимся больниц?

Разговаривая со мной исключительно предупредительно и вежливо, вероятно как с «блатной», А.А. спросил, какую палату я предпочитаю. Свободных мест в платных женских палатах не оказалось, и по-сему мне предстояло вкусить все прелести общей, четырехместной. Палата представляет собой двадцатиметровую комнату с четырьмя железными кроватями — у каждой по тумбочке — и с большим окном без портьер. Само отделение состоит примерно из 10 мужских и женских палат, 5–6 кабинетов медперсонала, столовой и кухни. Обстановка и оборудование явно не менялись с 1980-х гг., примерно того же времени линолеум в коридоре, кафель в туалете и перевязочной, кровати и каталки, а матрасы и постельное белье явно перевидали не одно поколение пациентов. Пока я заселялась, А.А. усердно старался уделять мне внимание:

— Ну, как Вам? Не очень страшно?

— Да непонятно пока. Я последний раз лежала в больнице в детстве, уже и забыла, что здесь и как.

— Вот увидите, — уверил меня А.А., — с тех пор многое изменилось.

Это был, пожалуй, последний эпизод, когда я, как «профессорская знакомая», была удостоена «специального» обращения со стороны медицинского персонала. В дальнейшем я уже никак не выделялась из общей среды больных. Доказательства обещанных А.А. «изменений» не заставили себя долго ждать: в ту же ночь в палату заселили женщину БОМЖ, которая к утру покрыла пол экскрементами. Находиться в такой атмосфере было невыносимо. «Эксцентричную» пациентку усилиями обитательниц палаты выселили в коридор, а потом она и вовсе

Распорядок дня, будучи сводом формальных правил поведения пациента, тем не менее допускает достаточно вольную интерпретацию. Временной график, отраженный в расписании, не соответствовал действительности, и это касалось прежде всего режима питания. Начало завтраков, обедов и ужинов невозможно было предсказать, они начинались только после оповещения поваром каждой палаты.

исчезла из отделения. Остались две соседки: Светлана, моя ровесница, и Раиса, лет 60-ти.

Светлане удалили гнойный аппендикс. Дома остался муж с трехмесячным сыном. Однако я бы не сказала, что время, которое моей соседке пришлось провести в больнице, было для нее мучительным. Светлана рассматривала его как отпуск, ей доставляло удовольствие сознавать, что своей операцией она создала проблемы «любимой» све-крови, вынужденной теперь заботиться о внуке.

Раиса перенесла тяжелую операцию на кишечнике. Она все время стонала и жаловалась. Позже я поняла, что, вероятно, страдание ей доставляла не столько боль, сколько униженное состояние лежачего, неспособного себя обслужить. Раиса работает на заводе, в большом коллективе, и, судя по всему, очень самостоятельна, и всегда находится в центре внимания. В больничной палате, одна, она чувствовала себя ненужной и оттого еще более несчастной. Надо было видеть, до какой степени она преображалась, взяв себя в руки, когда ее приходили навестить коллеги.

К моменту моего появления в палате, Светлана и Раиса уже успели подружиться. Светлана знала имена и подробности биографий всех детей и внуков Раи, которая, в свою очередь, была в курсе Светиных адюльтеров и других нюансов ее супружеской жизни. Однако чаще всего они беседовали о своих болячках, врачах, перспективах выписки и пр. Со мной соседки начали активно общаться лишь после того, как меня прооперировали. Это была своего рода инициация, начало моей биографии пациента: теперь со мной было о чем поговорить. Меня включили в своего рода команду, у которой есть общий опыт, объединяющее «мы»⁵. Позже к нам подселили 87-летнюю старушку. Если мне не изменяет память, ей удалили желчный пузырь. Она совершенно не

⁵ Должна признаться, роль подружки давалась мне с огромным трудом. Совершенно искренне общаясь с соседками по палате, я, тем не менее, пыталась сохранять дистанцию. Например, я редко ходила питаться в общую столовую. А однажды, когда Светлана запланировала вечерний променад вдвоем по больничному коридору, я просто сбежала домой (я ни у кого не отпрашивалась, вышла на улицу якобы с целью прогуляться, вернулась в палату часа через три — меня никто не хватился). Свое поведение я связываю с краткосрочностью моего пребывания в больнице. Вероятно, пробудь я там дольше, связь с однопалатницами стала бы более значимой и глубокой. Так возникает довольно распространенная после-больничная дружба.

могла двигаться, не переставая стонала. Ее работающие родственники не могли навещать старушку днем, и нам со Светланой, как ходячим, приходилось помогать ей. Уход посетителей за своими больными родственниками и взаимопомощь пациентов — институционализируемая практика, компенсирующая невнимание и малочисленность персонала. Сплоченность обитателей палаты — общее место, именно на нее ориентируются медсестры, своя свои обязанности к минимуму.

Социальная иерархия во взаимодействии с персоналом: «Примадонны, подставляйте зады!»

Социальная иерархия больничного отделения очевидна: на ее вершине — опытные хирурги-профессора, которым подчиняются молодые лечащие врачи и студенты, приходящие на практику, а также, по нисходящей: медсестры, уборщицы и прочий персонал. Пациент оказывается у основания иерархической пирамиды медицинского учреждения, вызывая соответствующее отношение врачей и медсестер⁶.

Граница между врачами и пациентами и их иерархия актуализируются всякий раз, когда врач общается с пациентом, не принимая во внимание его личные особенности. Прежде всего, у пациента нет имени, в лучшем случае к нему обращаются по фамилии. Такое обращение — вербальное подтверждение подчиненного положения адресата — вызывает забытое чувство дискомфорта, сформированное еще в начальной школе. Медсестры и уборщицы панибратски заменяют имена пациентов прозвищами или *nik*-ами вроде «бабуля», «красавица», «Сара Абрамовна», часто используют обращение «ты» в отношении пациентов⁷. Сестра, приходившая делать нам перед сном обезболивающие уколы, бросала: «Ну, что, примадонны, подставляйте зады, обрадуемся вместе». Для врачей именем пациента фактически стано-

⁶ Можно предположить, что отношения пациентов платных палат с персоналом складываются по иному сценарию. Кроме того, в среде пациентов тоже может устанавливаться определенная иерархия: ходячие/лежащие, блатные/неблатные, платные/бесплатные. Специфику взаимодействия различных категорий пациентов с врачами мне проследить не удалось.

⁷ Коль скоро я лежала в женской палате, мне не удалось услышать «мужских имен», равно как и отметить особенности повседневных профессиональных взаимодействий в мужской палате.

вится его диагноз. Вызывая на перевязку, ко мне так и обращались: «Вы «вросший ноготь»? Пойдемте». Я услышала имя пациента лишь однажды, когда хирург, оперировавший Светлану, привел к нам в палату студентов-практикантов и поведал им «историю болезни Светы». Для моей соседки это была первая и единственная возможность услышать подробный рассказ о том, что же с ней действительно стряслось. Никаких разъясняющих бесед ни до ни после операции доктор с ней не проводил. История болезни — это материал, предназначенный для коллегальной работы или преподавательской деятельности, но не предмет обсуждения с пациентом. Светлане она была прочитана в режиме «лекции для студентов», где пациентка выступила в качестве «экспоната». Демонстрация больных студентам — традиционная, обыденная составляющая медицинского образования, и у врачей по-прежнему не принято просить разрешения пациентов на коллективный осмотр их «болячек».

Личность больного редуцируется до истории болезни, с одной стороны, и до больного тела — с другой. Наилучшей иллюстрацией «объективации»⁸, которой подвергается личность в больнице, — это обнаженное тело на каталке, накрытое одеялом, поверх которого в качестве идентификационного номера кладут историю болезни. В таком виде «объект» транспортируется в операционную. Когда медсестра вывезла меня из палаты, она бросила меня одну у лифта и ушла куда-то по своим делам минут на десять. Очень интересные ощущения! К тебе уже относятся, как к безмолвному, отчужденному от личности телу, подготовленному к операции, но ты не осознаешь себя манекеном, ты думаешь, например, о том, как ты выглядишь, что мимо может пройти кто-то из знакомых, что тебе просто холодно на металлической каталке, прикрытой тонкой простынкой. Меньше всего врачи и персонал ожидают, что в таком положении больному придет в голову протестовать против своего унижительного положения или задавать неуместные вопросы. В дальнейшем коммуникация с пациентом также минимизируется. В лифте, который вез на другой этаж в операционную, мне, ни слова не говоря, сделали укол в плечо. Позже соседки по палате объяснили мне, что это было успокоительное. Вообще, лаконичность,

⁸ Однажды я почувствовала себя в буквальном смысле объектом, элементом инсталляции в музее современного искусства. Делая мне заключительную перевязку, доктор развлекся тем, что составил на моей стопе композицию из бинта, пинцета и хирургических ножниц, и залюбовался ею.

необщительность врачей, их нежелание вдаваться в подробности протекания болезни приводят к странным последствиям: находясь в официальном медицинском учреждении, больные начинают заниматься чуть ли не самолечением, распространяя всяческие слухи, рекомендуя друг другу различные народные средства. Мои соседки, например, советовали мне после операции поливать больной палец фурацилином, чтобы повязка не присохла, хотя врач ни о чем подобном не упоминал в своих кратких инструкциях.

Медики считают телесную боль серьезным симптомом болезни; однако при взаимодействии с пациентом они не принимают во внимание то обстоятельство, что боль является страданием, сильным личным переживанием. Тело больно только на бумаге, согласно истории болезни. Во время операции тело обездвижено и не страдает; в дальнейшем страдающее тело видит только медсестра. Впрочем, медсестры не очень ревностно работают с больными. Однажды у нас в палате появились два студента с каталкой, чтобы отвезти Раису на перевязку. Им не объяснили, как нужно перекладывать пациента. Мальчики стояли у постели больной, опутив руки, и тогда Раиса сама взялась за дело. Думаю, она даже порадовалась возможности покомандовать, вспомнив свой завод, и стала заправски руководить процессом. Со стороны это выглядело так, словно ее тело использовалось как «тренажер» для практикантов, причем руководила студенческим практикумом сама больная.

Итак, мой опыт показывает, что врача мало интересует личность пациента⁹. О том, кто я и чем занимаюсь, меня спросили только во время выписки, да и то совершенно случайно: старшей медсестре показалось странным, что мне не понадобился больничный лист¹⁰. Напротив, личность врача имеет для больных первостепенное значение, пациенты пытаются разглядеть черты его характера за официальным статусом. Они рассказывают друг другу о докторах как о «добрых», «злых», «веселых», «общительных» и пр. Эти качества, как правило,

⁹ Иногда врачей интересует личность посетителя или любого родственника, способного «выразить благодарность» хирургу (например, они могут спросить у пациентки, где и кем работают ее дети). Эвфемизм «расстаться полюбовно» знаком всем, практика «левых» заработков практически институционализована. Пациенты воспринимают ее как должное, да еще радуются, что в этой больнице «берут по-божески».

¹⁰ В организации, где я работаю, сотрудники имеют гибкий график посещений, возможен дистанционный формат работы и заработная плата сотрудника не зависит от его/ее присутствия/отсутствия в офисе.

рассматриваются как составляющие врачебного профессионализма. Возможно, для пациентов это важно, потому что с «очеловеченным» врачом просто приятнее и легче общаться во время лечения, смягчая тяжесть болезни, подпитываясь уверенностью в том, что имеешь дело с порядочным человеком, который не причинит тебе вреда. Больные с удовольствием ставят знак тождества между понятиями «хороший человек» и «профессиональный врач». Тем более что врачебный профессионализм, в отличие от качеств характера, не всегда легко оценить здесь и сейчас.

Как в больнице конструируется болезнь, или почувствуйте себя больным

Больница — *пространство страдания*, подобно тому, как, например, монастырь — пространство смирения, а театр — вдохновения. Больной должен быть немощным, а следовательно, подчиненным. Это железная заповедь больничной палаты. Все правила, особенно неформальные, ориентированы на (вос)производство статуса «больного человека». Однажды утром, когда я умывалась¹¹, в нашу палату пришел хирург, делавший операцию Раисе. Он задал своей больной несколько вопросов. Видимо, ее голос был так слаб, что за журчанием воды профессор мало что услышал. Мои слишком активные для этого места и времени гигиенические процедуры привели эскулапа в бешенство, он сделал мне резкое замечание: «Если Вы не уважаете меня, уважайте хоть другого человека! Когда-нибудь Вы **тоже станете больной!**» В его глазах я выглядела слишком здоровой, способной на самостоятельные действия¹². В другой раз А.А. встретил меня в коридоре,

¹¹ Раковина в палате была единственным — помимо туалета — источником санитарии и гигиены на этаже, в ней удавалось — с большим трудом — хотя бы вымыть голову.

¹² Таким образом я самостоятельно осваивала правила поведения в отделении. Накричавший на меня хирург объяснил мне, что во время утреннего обхода врачей все больные должны находиться на своих местах (т. е. в палатах, в своих постелях). При приеме этого правила мне не озвучили, равно как и не сообщили времени утреннего обхода. Интересно, что умение правильно вести себя в больнице рассматривается и врачами, и пациентами как общее место, словно это правила поведения в общественном транспорте, например.

читающей книжку. Я пожаловалась, что не могу подолгу находиться в палате, потому что там «все стонут». «Дружеский» совет доктора меня уже не удивил: «Ну, и Вы тоже стоните, *почувствуйте себя больной*». В упоминавшейся сцене обхода и демонстрации студентам «случая Светы» врач вдруг обратил внимание на меня: «К сожалению, я могу показывать вам только своих больных¹³. Но вот тоже, например, лежит... *инвалид — ножка болит*». Врачи довольно спокойно оперируют «предельными категориями», такими как «рак» или «инвалид», которые пациенты неминуемо воспринимают как стигму, приговор.

Я на собственном опыте ощутила, как врач и вся медицинская система делают человека больным. В больнице транслируется имплицитное правило: здесь надо болеть, а не веселиться. Предполагается, что больница — это не место для шуток, смеха, развлечений (вроде прослушивания музыки). Справедливости ради стоит отметить, что некоторым пациентам просто не под силу бодриться после тяжелых операций. Но даже если вы в состоянии — смеяться в принципе неуместно. Однажды меня навещали друзья. Мы решили пообщаться в коридоре, открыли коробки с пищей, блинчиками и прочими угощениями. Каждый проходящий мимо медработник тем или иным способом давал нам понять, что мы совершаем нечто противозаконное. В результате, с криками «Устроили тут пикник!», нас загнали в местную столовую. Пока мы туда переселялись, я услышала за спиной «благословение» медсестры: «Прямо так руки бы и поотрывала!» Строгость, тишина в отделении, подчинение, благоговение больных перед профессионалами — все это, возможно, помогает врачам сосредоточиться на своем нелегком деле. Хотя «нарушение» этих норм, как правило, скорее приводит в негодование средний и младший медперсонал.

В больнице надо болеть, и лишь тяжесть болезни обеспечивает легитимность пребывания в ней¹⁴. Интересно, что подобное представле-

¹³ «Своими больными» врачи называют тех пациентов, которых они сами оперировали или которых они «ведут».

¹⁴ К слову сказать, впервые я обратилась со своей проблемой в районную поликлинику за два года до описываемой операции, на начальной стадии. Участковый хирург восприняла мое появление как издевательство: «Тут бабульки при смерти в очереди сидят, а она с какой-то ерундой пришла!» Осматривать меня она не стала. С тех пор я перенесла три операции и потратила немало денег. Очевидно, что мне вряд ли когда-нибудь еще захочется обратиться к этому доктору. Интересно, что официально пропагандируемая профилактика здоровья на деле осуждается и избегается самими

ние воспроизводят и сами пациенты. Разговоры о болезнях они ведут с каким-то мазохистски-радостным оживлением. Как-то в коридоре одна «бабуля» спросила меня, как я оказалась в больнице. Видимо, мой диагноз показался ей незначительным, поэтому она уточнила: «А другой палец, когда будут резать?» В определенный момент я сама поймала себя на том, что прихрамываю слишком нарочито, демонстрируя, что мне не лучше, чем всем остальным.

Итак, больница для больных — *юдоль скорби*¹⁵. Что бы ни сделал пациент, он априори виноват перед врачебным персоналом, в особенности перед медсестрами и нянечками, которые обязаны ухаживать за ним. Еще до операции я была свидетельницей такой сцены. Медсестра везла на каталке прооперированного больного. В какой-то момент, не выдержав, она прикрикнула на него:

— *Какой же ты тяжелый! Килограмм сто весит, не меньше! Вози тут тебя!*

— *Извините*, — чуть слышно пролепетал больной.

Несчастный взял на себя вину и за тяжелую неманевренную каталку, и за свой (кто знает, может быть, и вполне нормальный) вес, и вообще за свое пребывание в больнице. Я на себе испытала ту космическую скорость, с которой у пациента в стенах больницы формируется **презумпция виновности**. Уже через пару дней пребывания я почувствовала, что мне всякий раз необходимо внутренне собраться с духом, прежде чем обратиться к персоналу с самой невинной просьбой, например взять лед, необходимый для процедуры. Почти всегда первой реакцией со стороны медсестер был окрик, в лучшем случае —

же врачами, по крайней мере в системе бесплатной медицины. Этот «парадокс», на мой взгляд, объясним: относительно «легкие» больные вынуждают врача делать «лишнюю» работу, «тяжелые» — создают чрезвычайную значимость профессии медика в обществе.

¹⁵ «Юдолью скорби» может быть любое медицинское учреждение, а не только то, в котором лежат «старые и больные». Несколькими месяцами ранее мы навещали в роддоме одну из наших коллег. Она, по обыкновению, много смеялась и шутила и с нами, и с другими посетителями. Однажды, когда ее давление оказалось не вполне соответствующим норме, она получила выговор от медсестры: «Смеяться надо меньше!» Ее «неуместное» веселье было стигматизировано как нарушение правил, за которым последовало наказание.

недовольный взгляд. Власть над больным — тривиальный способ компенсировать относительно низкий подчиненный статус медсестры в профессиональной иерархии. Именно такое отношение доминирования и делает человека больным, т. е. дезориентированным, душевно и эмоционально подавленным. Такое позиционирование пациента не мешает, однако, требовать от него самых разнообразных проявлений самостоятельности: оперативного принятия решений; способности ориентироваться в больничном пространстве и выполнять иногда достаточно сложные лечебные предписания; ухода за собой при наличии болевых симптомов; способности четко отвечать на вопросы и формулировать проблему; по возможности помощи более тяжелым больным, и пр. Больной должен быть одновременно и достаточно слабым, чтобы не испытывать избыточных желаний и не беспокоить медсестер, и достаточно сильным, чтобы, помогая себе самому, — опять же — не доставлять персоналу лишних хлопот.

Пространство и вещная среда отделения: *Вы же в больницу шли!*

Пространство больничного отделения сегрегированно, вещная среда больницы также формирует социальную иерархию ее обитателей. Клиник здесь как минимум две. «Больница медиков», которую я могла видеть лишь краем глаза, достаточно комфортабельна: отремонтированные кабинеты, чистые туалеты с новой сантехникой, на которые, признаться, я смотрела с завистью, комнаты отдыха и т. д., где никто не запрещает шутить и флиртовать между собой медсестрам и врачам. Другая больница, задуманная как место, где больной должен быстрее идти на поправку, служит, на мой взгляд, не только этим целям. Все пространство и вещная среда, будто нарочно, устроены так, чтобы больной почувствовал себя еще более обделенным и униженным, принял на себя роль пациента, специфичную именно для российского медицинского учреждения. И дело здесь не только в практиках персонала. Причина подобного устройства, безусловно, заключается и в недостатке материального обеспечения больниц, скудости ресурсов, нехватке персонала и пр.

Начнем со столовой. Четыре столика более чем на сорок человек. Еда вполне съедобная, но однообразная, пресная, безвкусная. Местная повариха при этом создавала иллюзию ассортимента на своей кухне.

На завтрак, обед и ужин всегда готовилось по одному блюду, выбирать, собственно, было не из чего, разве что чай с сахаром или без него. Однако с завидным постоянством повара спрашивала у каждого очередника: «Вам что?» или обращалась с вниманием: «Я Вас слушаю». Не важно, что она многократно слышала в ответ «кашу», все равно «играла» в «настоящую столовую». Лежачим повара развозила еду по палатам на старой грохочущей тачке, в больших алюминиевых кастрюлях, на которых красной половой краской, наверное еще в далеких 1970-х гг., кто-то вывел уверенной рукой: «I-е блюдо», «II-е блюдо», «столовая», «отходы».

После еды — прямая дорога в туалет, который противоречит всем санитарным, а тем более клиническим, нормам. Он старый, давно не отремонтированный, плохо оборудованный и постоянно грязный, так как в отделении много пациентов после кишечных операций. Дверцы кабинок не закрываются, и это типично для «больницы пациентов», которым отказывается в интимном пространстве. Туалетный запах такой сгущенный, что ест глаза. Пытаясь его хотя бы приглушить, мы открывали окно; это не добавляло комфорта, учитывая, что на дворе стоял холодный и дождливый октябрь. В больнице, где, казалось бы, все должно быть стерильно, туалет моют довольно редко, возможно раз в сутки, по мере необходимости. Но уж когда уборщицы добираются до туалета, его моют с хлоркой такой концентрации, что туда еще часа два после уборки нельзя войти. Кстати, с хлоркой моют и палаты. Лежачих больных особенно жалко!

Сами пациенты, неделями находясь в больничном отделении, не имеют возможности помыться. Как я уже заметила, маленькая раковина в палате — единственный «живой родник». Больные, и без того несчастные, чувствуют себя грязными, неприятными посетителям, да и самим себе. Пациенты оказываются униженными еще и потому, что вынуждены справляться с несовершенным оборудованием. Полагаю, что это унижает и персонал. Каталки действительно неудобны. Они ужасно тяжелые, громоздкие, неманевренные, не складываются, не меняются в размерах. Кроме того, каталка гораздо выше кровати. Оборудование, которое, казалось бы, должно ускорять процесс, надежно замедляет его и делает мучительным для больного. Я однажды наблюдала, как на такую каталку пытались переложить нашу 87-летнюю соседку. Процесс переукладывания заключался в том, что медсестра, будучи не в состоянии дотянуться до старушки и помочь ей, стояла и, как могла, уговаривала ее: «Ну, моя хорошая! Ну, моя умница! Давай,

давай!» Старушка, всего день как после операции, перекатываясь, из последних сил карабкалась на каталку.

Дефицит лекарств в отделении не менее унизителен для пациента. Оказывается, существует конвенциональный набор лекарств, который принято брать с собой в больницу, как зубную щетку например. Нонсенс, но медучреждение откровенно экономит на тривиальных таблетках от сердечных, головных, желудочных и пр. болей. Когда нашей старушке однажды ночью стало плохо с сердцем, медсестра упрекнула ее: «Вы что, не знали, куда шли? Вы же в больницу (!) шли!» Раиса предложила было свой валидол, но медсестра, сжалившись, все же сделала пациентке укол.

* * *

Первую перевязку после операции профессор сделал мне сам, еще две в его присутствии — А.А. Хирург убедился, что процесс заживления идет нормально и ноготь скоро восстановится. Через несколько дней я с удовольствием покинула больницу. Со Светланой мы обменялись телефонами, а Раису я навещала, когда приезжала на перевязки еще в течение недели. Мой хирург «благодарность» не принял, что в общем и предполагалось. Я долго советовалась со своей знакомой, которая рекомендовала профессора как строгого, но справедливого, «неподкупного преподавателя», который «вряд ли возьмет». Ее неуверенность и моя неопытность в подобных делах привели к тому, что к этой характеристике доктор добавил еще и репутацию неподкупного врача.

С момента проведения операции прошло полтора года — достаточный срок, чтобы убедиться в профессионализме врача, который мне помог и которому я, безусловно, чрезвычайно благодарна. Не будь этот текст столь пронизан антибольничным пафосом, он мог бы быть посвящен моему хирургу и другим врачам, которые грамотно делают свое дело, невзирая на дефицит лекарств, инструментов и персонала, бедность больничных учреждений и другие трудности, а также — не стоит забывать — закрывая глаза на формальности.

Итак, вернемся к исходному вопросу: почему мы не любим и иногда даже боимся больниц? Очевидно, ответ, как всегда, лежит на стыке институциональной и обывательской инертности. С одной стороны, в рамках массовой, *бесплатной* медицины сохраняется определенная концепция отношений. На мой взгляд, человек, обращающийся в мед-

учреждение, не становится для врачей *пациентом*, имеющим право на информацию, цивилизованное обращение со стороны медперсонала, и пр., оставаясь *больным*, который находится в подчиненном положении, связанном с непрозрачностью коммуникации и финансовых отношений с медиками. С другой стороны, советские поколения пациентов/больных, опираясь на биографический опыт — свой и старших поколений — взаимодействия с медицинскими работниками, продолжают воспроизводить «привычные» отношения, становясь перед врачами в просительную позу, поджидая их в коридоре с конвертиком в кармане, доплачивая медсестрам за нормальное обращение и заботу, и т. д. По-другому система не работает. Несет ли изменения рынок? Надеюсь, на этот вопрос отвечают другие авторы этого сборника. В любом случае очень не хотелось бы искать ответ с помощью участвующего наблюдения.

Ольга Сенина
**В ПОИСКАХ «ПРАВИЛЬНОГО ВРАЧА»,
или ИСТОРИЯ ОДНОЙ БОЛЕЗНИ**
эссе

Сын, как это обычно бывает, заболел совершенно не вовремя. В ночь с 8 на 9 марта 2008 г. у него поднялась высоченная температура и глаз сильно отек. Я, памятуя свои негативные опыты общения с детской неотложкой, врачи которой, как правило, предлагают лишь немедленную госпитализацию, а в случае отказа долго заполняют какие-то специальные формы, требуя подписи на разных бумагах, и как-то совсем не хотят заниматься лечением «здесь и сейчас», решила, что ситуация позволяет дождаться утра. И хотя, как известно, «утро вечера мудренее», но и с утра было непонятно, что делать. Так как проблема, на мой непрофессиональный взгляд, «локализовалась» близ глаза ребенка — очевидно, это была какая-то инфекция, — я решила, что глаз все-таки является ответственностью и сферой специализации офтальмолога. Понятно, что в выходные найти «узкого специалиста» не так-то просто. И поэтому решила все-таки сначала обратиться к педиатру своей поликлиники, куда мы «приписаны».

Я позвонила в поликлинику. И хотя был выходной, там сразу же ответила дежурная и расспросила про симптомы и состояние ребенка. Затем сказала, что вызов врача она, конечно, зафиксирует, но предлагает действовать иначе. У нас в районе есть дежурная поликлиника, в которой должен работать окулист, и, возможно, стоит сразу поехать к нему на прием, а не ждать прихода врача, который совсем «не специалист в этой области». Я решила, что это дельный совет. Надо самим немедленно ехать к врачу, хотя обещанная дежурная поликлиника расположена довольно далеко и везти куда-либо ребенка с высокой температурой казалось не совсем правильным. На всякий случай я позвонила в эту поликлинику с дежурным «детским глазным». Там ответили,

что «никакой глазной у нас не принимает. Есть лор. Можете приезжать, если хотите». К лору мы ехать не захотели...

Я перезвонила в нашу поликлинику и подтвердила вызов врача на дом. При этом попыталась все-таки выяснить, где же сегодня принимает «глазной» в нашем районе, но ни в одной районной поликлинике, которые я обзвонила, ни в неотложке этого не знали.

Дежурный врач пришла часа через два после вызова. Она с порога определила, что «надо ехать к специалисту». Но ребенка все-таки осмотрела. Назначила курс антибиотиков, выписала глазную мазь и велела промывать больной глаз настоем ромашки. На вопрос о том, куда нам дальше обращаться и что предпринимать, настоятельно порекомендовала съездить в общегородскую «глазную травму», которая работает круглосуточно.

Ехать в этот травмпункт как-то очень не хотелось — далеко, и к тому же я была не совсем уверена, что это то, что нам сейчас необходимо. По разным справочникам я попыталась найти платные медицинские центры, которые работают в выходные дни и где могли бы нам помочь, но таковых не оказалось. И мы все-таки собрались в «глазную травму». Уже по дороге я вспомнила, что не взяла с собой медицинский полис — совершенно вылетело из головы! Но возвращаться и таскать туда-сюда больного полуторагодовалого ребенка уж совсем не хотелось.

«Глазная травма» встретила нас чудовищной очередью — у кабинета и у стойки регистратуры толпилось не менее 50 человек. Я думаю, что «толпу» создавали еще и многочисленные сопровождающие травмированных. Вообще, атмосфера там ужасала. Помещение явно давно не ремонтировалось — выщербленные стены и облупленные двери, разномастные стулья, жуткий запах, в котором медицинские ароматы смешивались с запахом алкоголя — как-никак был второй день праздника. Кто-то из пациентов тихо постанывал. У стойки регистратуры кипел скандал — ругались по поводу полиса и паспорта. Тут я, откровенно говоря, очень испугалась, что нас без документов не примут. Да и сидеть в очереди никак было нельзя — у ребенка опять поднималась температура. Я нагло подошла и встала у самой двери кабинета. Но объяснить ничего не пришлось. Сидящая рядом с кабинетом женщина сказала: «Заходите-заходите, с маленьким ребенком без очереди! Там сейчас все равно никого нет — талончики еще выписывают». Остальные промолчали, и мы немедленно зашли в кабинет.

В кабинете сидели три женщины — очевидно, врач и две медсестры. Меня сразу спросили про талончик. И тут, надо признаться, я солгала,

ибо побоялась даже не того, что откажут в приеме, но что придется отстоять эту дикую очередь или долго объясняться по поводу забытого дома полиса. Сказала, что сейчас талончик оформляет бабушка, «а мы сразу сюда». Медсестра мрачно сказала: «Не надо их принимать без талончика!» Но врач уже стала осматривать глаз ребенка. Молча написала на обрывке бумажки название капель и мази. Затем протянула мне, кратко прокомментировав: «Купите в аптеке. Можно у нас внизу. После выходных — к своему врачу!» На этом прием закончился, длился он от силы минуты две-три. При этом никаких разговоров-общений не было совсем. И хотя у меня накопилось много вопросов, я решила ничего не спрашивать, так как и без того чувствовала себя неловко. К тому же все это совсем не походило на прием врача, но выглядело именно как «экстренная помощь», где нет места лишним разговорам. Мы быстро ушли. Тут же, в местной аптеке, купили все прописанные лекарства примерно на 1000 руб.

Вечером того же дня я наконец-то дозвонилась до нашего платного педиатра М., который частным образом наблюдает сына с самого его рождения. Меня устраивает этот врач по многим причинам. Прежде всего, ему всегда удается создать доверительную атмосферу и ощущение того, что ничего страшного с ребенком не происходит, что «все под контролем». Он много разговаривает со мной — довольно подробно рассказывает о причинах заболеваний и перспективах лечения. К тому же как-то очень легко общается с ребенком. Все это создает ощущение его профессионализма. Ранее М. всегда был «на связи» — отвечал на мои звонки моментально и при необходимости приезжал довольно быстро. Однако, как оказалось, в этот день он был на даче — праздник... Но после того, как я все-таки смогла дозвониться, М. приехал часа через три. Он назначил другие антибиотики, другую глазную мазь и велел промывать глаз почаще. Расспросил про то, где могли поранить глаз. Я объяснила ситуацию, что наблюдаемых травм не было и ранка появилась как-то незаметно. И что мы ходим на кварц в детскую поликлинику из-за симптомов рахита, где сын все время пытается скинуть с себя защитные очки. М. тут же отреагировал: «Ну вот, лихо они там вам инфекцию занесли!», тем самым определив виновного. И напоследок сказал, чтобы я звонила ему в любое время, а если почувствую, что ситуация ухудшается, нам следует «сразу же ехать на Авангардную» — в детскую больницу на улице Авангардная, расположенную фактически на другом конце города, — там есть глазное отделение, где принимают круглосуточно.

Следующий день мы старательно лечились, выполняли все назначения. Однако лучше не становилось. И, как мне казалось, глаз затекал все сильнее. Поэтому 11 марта, когда праздники закончились, мы поехали уже к главному врачу нашей поликлиники. Точнее, не «нашей», а «головной». Наша поликлиника — филиал крупной поликлиники, и поэтому у нас принимают только педиатры, невропатолог, хирург и очень редко лор. К остальным специалистам надо ехать в другое здание. Дорога от дома до этой «главной» поликлиники в общей сложности занимает минут сорок. Но перед поездкой к «главному» мне пришлось еще сбежать в нашу поликлинику, чтобы взять с собой медицинскую карточку ребенка.

В «головной» поликлинике мы довольно быстро попали к врачу — нас приняли без предварительной записи, очередей не было. Врач осмотрела глаз и позвала на консультацию свою коллегу из соседнего кабинета. Они переговорили между собой, и затем наша врач стала объяснять мне, что все предыдущие капли и мази следует отменить: «Это было все не то!» Сделала новые назначения и велела каждый час промывать глаз соленой водой. Сказала, чтобы мы на следующий день опять пришли к ней на прием, с тем чтобы она посмотрела, как развивается ситуация. В нашем разговоре, не помню по чьей инициативе, всплыла идея госпитализации, но врач отреагировала: «Мы, конечно, можем дать вам направление в больницу, но вас положат в бокс. Будете там лежать отдельно. И это не факт, что они там вам сильно помогут...» Все это звучало как-то угрожающе. В больницу, а тем более в какой-то «бокс», очень не хотелось. И мы поехали в аптеку за новыми лекарствами и домой лечиться.

На следующий день мы снова пришли к этому же врачу на прием. Сын, измученный высокой температурой и болезнью, «внеурочно» заснул прямо перед поликлиникой. Я решила его не будить и не стала раздевать внизу, в гардеробе, а принесла к кабинету одетым, с тем чтобы спящим показать врачу — для осмотра нужен был только глаз... Мы не успели войти в кабинет, как врач сама вышла в коридор. Она подошла, спросила о том, как у нас дела, и тут же, взглянув на сына, сказала, что все неплохо, и отошла. Однако, на мой взгляд, было как раз «все плохо». И я не совсем поняла, состоялся ли уже прием или нет, и поэтому все-таки пошла вслед за врачом в кабинет. Там она как-то смущенно извинилась и стала объяснять, что в коридоре была заведующая, а она за то, что в кабинеты входят в верхней одежде, «ругается, может и оштрафовать». В кабинете врач более внимательно рассмотрела глаз

ребенка и сказала, что сам глаз вроде ничего, но вот вокруг очень все воспалено. Я тогда предположила, что, может, нам стоит обратиться к дерматологу. Врач поддержала эту идею и даже сама сбегала вниз, в регистратуру, узнала адрес, где расположен наш районный кожно-венерический диспансер, в котором принимает детский дерматолог, и его расписание. И мы прямо из поликлиники поехали в диспансер. Добирались туда около полутора часов, и так как прямого транспорта нет, то пришлось ехать с пересадками.

В кожно-венерическом диспансере в регистратуре был получасовой перерыв. Народу в очереди туда было уже довольно много. И я, полная решимости биться за права больного ребенка, всем заранее объявила, что у ребенка высокая температура и мы не будем стоять в очереди. Мне никто не возразил. Так что в регистратуру мы попали сразу после того, как она открылась. Правда, нам довольно долго — минут десять — оформляли карточку, заносили данные в компьютер. И потом мы наконец-таки попали к врачу.

Врач — молодая женщина около 40 лет — сходу и впервые за все время наших многочисленных визитов к врачам поставила диагноз: «запущенная стрептококковая инфекция». Сначала она задала очень строгий тон общения со мной, буквально отчитала меня за то, что глаз мочили — а мы без конца промывали его, согласно предыдущим назначениям, и, как оказалось, тем самым все больше разносили инфекцию. Отчитывала и за то, что так поздно пришли к ней на прием, прокомментировала: «Уже четверг! Вас и в больницу не пристроить, скоро выходные будут». Но я, откровенно говоря, даже и неотреагировала на в общем-то неприемлемый тон разговора, так как, на самом деле, была рада, что наконец поставили диагноз, и что кто-то взял на себя ответственность за лечение, и что нас больше не отправляют «по цепочке», «из рук в руки». Врач назначила новое лечение, в котором уже были видны некие перспективы — что и зачем следует делать, каких результатов и когда следует ожидать. Предложила схему общения, сказала, что сама будет звонить нам домой, с тем чтобы контролировать ситуацию и нам лишний раз далеко не ездить. Договорились о дате следующего нашего визита. Под конец приема врач изменила тон разговора и даже стала как-то успокаивать меня: пока ничего страшного не случилось и уже не случится. После приема мы опять купили новые лекарства примерно на полторы тысячи рублей.

Лечение, назначенное дерматологом, «сработало» достаточно быстро, и сын начал выздоравливать. Дерматолог ежедневно в течение трех

дней звонила к нам домой справиться о ситуации. Потом мы ходили к ней на прием, с тем лишь, чтобы подтвердить, что «уже все в порядке».

Однако вся история закончилась несколько позже. Спустя неделю после выздоровления ребенка домой позвонила наш участковый педиатр и сказала, что мы должны прийти к ней на прием «выписаться», потому что она должна «закрыть все записи». К врачу я собралась лишь через пару дней и «получила» за то, что мы не приходили к ней на прием. Я возразила, что нам было не до этого. Мы даже немного подискутировали о том, кто к кому и, собственно говоря, с какой целью должен был прийти первым — мы к ней на прием или же она «навестить нас», как нам пообещала дежурная врач во время самого первого визита. Так или иначе, точка была поставлена и участковая написала в карточке ребенка запись «здоров».

Но и это еще не самый конец наших «приключений». Убойный курс антибиотиков «убил» и микрофлору кишечника. У сына начались проблемы с пищеварением, с которыми мы боролись уже диетой и другими лекарствами в течение следующего месяца. Но это уже другая история другой болезни... Из этой же болезни мы вышли почти без потерь, не считая шрамов и 5000 руб., потраченных на лекарства.

Во всей этой истории меня искренне поразил факт какой-то раздробленности, «несвязанности» всей структуры медицинского обслуживания. И дело, конечно, не только в том, что все врачи оказались пространственно разбросаны, что тоже, конечно, не слишком удобно. Между ними не было никакой преемственности или, скажем, солидарности. Хотя никто напрямую никого не обвинял в непрофессионализме, но практически каждый из врачей перечеркивал компетентность предыдущего эксперта, делая новые назначения. К тому же мне все время казалось, что нас не просто «передают» от специалиста к специалисту, но постоянно перераспределяют, снимают с себя ответственность. Точнее, ее даже не перераспределяли, но делегировали исключительно мне, ибо именно я вынуждена была принимать решения о том, к кому следует обращаться, и в конечном итоге именно я оказалась «виноватой» в поздней постановке диагноза и запоздалом определении правильного лечения. Путь к «правильному доктору» был слишком долгим не столько из-за праздников, сколько из-за моей медицинской безграмотности — мне не хватило компетенции определить с самого начала нужного эксперта, что позволило бы избежать длинной цепочки «не тех» специалистов. В итоге болезнь сына обошлась нам достаточно дорого во многих смыслах.

И еще об одном моменте мне хочется упомянуть. Практически со всеми врачами у нас складывались какие-то личные отношения, переступающие, нарушающие формальные правила института. Так, в травмпункте нас-таки приняли без талончика; «глазной врач» в общем не возражала, что мы зашли в кабинет в верхней одежде; дерматолог регулярно звонила нам домой, что, очевидно, не было ее «обязанностью». Иногда мне казалось, что мы вместе с врачами даже становимся некими сообщниками против «общего врага» — косной структуры, которая неудобна ни врачам, ни пациентам. В то же время я понимаю, что мне было бы гораздо проще существовать в рамках прозрачных и более «удобных» правил, нежели регулярно испытывать чувство неловкости, вины, благодарности и пр., которые так или иначе связаны с личными отношениями.

Приложения

**РАБОЧИЕ МАТЕРИАЛЫ
ПРОЕКТОВ**

Приложение 1

ОПИСАНИЕ ПРОЕКТА «БЕЗОПАСНОСТЬ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ»

Проект выполнен сотрудниками и слушателями Программы гендерных исследований (ПГИ) факультета политических наук и социологии Европейского университета в Санкт-Петербурге в 2005–2006 гг.; поддержан Фондом Карнеги.

Цель исследования: изучение репродуктивных политик и практик женщин в отношении сексуального и репродуктивного здоровья. Задачи — выявление проблем репродуктивного здравоохранения и индивидуальных стратегий их преодоления.

Среди проблем мы выделяем недостаточность разного типа ресурсов как в медицинских учреждениях, так и у населения, недоступность платных услуг малообеспеченным и беднейшим слоям населения, недостаточный авторитет профессии «врач», низкую культуру здоровья и недостаточную информированность населения.

На повседневном уровне эти социальные проблемы приобретают форму систематического недоверия пациентов к профессиональным медикам, избегания врачей, самолечения, использования альтернативных практик лечения. Практики поддержания репродуктивного здоровья в современном российском обществе встроены в контекст либерализации сексуальной культуры, более раннего начала половой жизни, распространения рисков репродуктивного здоровья, связанных как со «случайностями», так и с безответственным отношением к сексуальной жизни. Одновременно проявляется тенденция к ответственному поведению в сфере сексуальности и репродуктивного опыта.

Наша задача — анализ разных тенденций и изучение взаимодействия женщин с врачами в медицинских учреждениях разного типа (районных женских консультациях, родильных домах, гинекологических отделениях больниц).

Приложение 1

Методы исследования: глубинные фокусированные интервью с врачами и пациентами, включенное наблюдение в учреждениях репродуктивного здравоохранения, анализ документов.

Руководители проекта:

Елена Андреевна Здравомыслова, профессор

Анна Адриановна Тёмкина, профессор

Европейский университет в Санкт-Петербурге

Факультет политических наук и социологии

Гагаринская ул., 3, www.eu.spb.ru

zdrav@eu.spb.ru, temkina@eu.spb.ru

Приложение 2

ИНСТРУКЦИЯ И ПУТЕВОДИТЕЛЬ ИНТЕРВЬЮ С ГИНЕКОЛОГАМИ-АКУШЕРАМИ

Обращаем внимание интервьюеров на то, что тематические блоки интервью и вопросы, обращенные к респонденту, не совпадают. Вопросы должны быть контекстуальны, раскрывать содержание темы. Последовательность тематических блоков не является жестко заданной, как и последовательность вопросов внутри тематических блоков. Рекомендуем начать интервью с подробного рассказа о проекте; необходимо подчеркнуть анонимность и конфиденциальность беседы. Затем можно обратиться к профессиональной биографической канве информанта, после этого перейти к остальным темам. Задача — получить развернутые конкретные, насыщенные деталями повествования. Фокус интервью — личный опыт врача; общие рассуждения и оценки важны, но не являются центральным интересом исследователей.

«Паспортчика» включает: псевдоним, год рождения, пол, образование, должность, место и стаж работы, дату и место проведения интервью, фамилию интервьюера.

Темы интервью

1. Личная профессиональная биография гинеколога-акушера (профессиональный путь).
2. Институциональная среда медицинского учреждения, в которой работает информант. Условия и содержание работы.
3. Практики врача (этот блок необходим для того, чтобы понять повседневную профессиональную деятельность).
4. Врач—пациент: взаимодействия с пациентами, конкретные истории, проблемы взаимодействия и их разрешение. Требования, предъявляемые к пациентам. Типологизация пациентов врачом.
5. Престиж профессии.

Расшифровка тематических блоков интервью

1. Профессиональный путь врача: личная история.

Как стал(а) врачом? Где учился? Где работал? Чем занимается как врач (где работает, какие обязанности)? Что нравится и не нравится в работе/профессии? Что является наиболее сложным в настоящее время в работе? В чем произошли в работе изменения (к лучшему/худшему) в результате реформ здравоохранения? Попытаться различить профессию (медицина и акушерство-гинекология вообще) и работу (практики в данном учреждении).

2. Институциональная среда (организация, в которой работает). Условия и содержание труда.

Учреждение, в котором работает: тип (консультация, медицинский центр, родильный дом), основные функции. Обязанности врача и сложности их осуществления. С чем обращаются пациенты? Кто? Какие диагнозы и проблемы наиболее типичны? Как организован прием?

Условия работы. Желательно получить общее описание условий работы. Организация труда. Личный рабочий график, нагрузка, длительность рабочего дня, вторичная и третичная занятость. Описать несколько типичных вариантов. Оплата труда. Формальная/неформальная. Социальные льготы. Как врач оценивает свои условия труда?

Состояние, обеспечение и оснащение больницы и отделения. Как ее оценивает врач? Что изменилось в ходе реформ? В какую сторону? Необходимое оснащение и реальное обеспечение работы. Чего не хватает для нормальной работы (персонала, оборудования)?

Особо обратить внимание и описать номенклатуру платных услуг, их востребованность (а также отношение к ним врачей и пациентов). Зафиксировать цены на платные услуги (найти прейскурант, если он есть). Получить информацию о механизмах оплаты и других формах вознаграждения (формальные и неформальные). Получить описание конкретных примеров: ситуация медицинского осмотра, операции, ведение пациента. Требуется ли от пациентов что-то приносить из дома? Отношение к коммерциализации медицины. Обсуждение возможностей и проблем ОМС — что оно покрывает в области компетенции данного врача, что нет (можно попросить документы и прокомментировать).

Анонимность и врачебная тайна — соблюдаются ли эти принципы, что мешает их реализации, в чем заключается их проблематичность?

3. Практики врача.

Открывающая фраза интервьюера: «А теперь поговорим о Ваших профессиональных практиках» (здесь необходимо спрашивать только то, что релевантно для работы именно данного врача).

Вариант: Опишите, пожалуйста, Ваш обычный рабочий день.

Типичные проблемы, с которыми женщины обращаются к Вам.

Насколько распространены профилактические визиты женщин?

Расскажите об использовании контрацепции пациентками, какие проблемы с этим связаны. (Обратить внимание на то, что врач считает правильным, как доносит это до пациента, как интерпретирует проблемы.) Отношение к разным видам контрацепции. Какие виды наиболее часто используют? Что рекомендует врач?

Ведение беременных. Отношение к планированию беременности. Рекомендации сохранения или прерывания беременностей.

Аборты. Отношение к абортам? Что меняется? Почему они все-таки распространены?

ЗППП, группы риска. Принимают ли их на общих основаниях, или есть особые механизмы обслуживания?

Родовспоможение. Максимально подробно расспросить про релевантные практике случаи. Во всех случаях нужно узнать, как институционально организован процесс (см. Блок 2). Информирование пациентки, рекомендации врача и отношение к ним. Платные и бесплатные роды. Семейные роды и их особенности.

Конкретные истории: последний пациент, самый сложный случай.

4. Врач—пациентка: типичные взаимодействия и исключительные случаи.

Открывающая фраза интервьюера: «А теперь поговорим о Ваших пациентках и о том, как строятся Ваши взаимодействия».

Знания пациенток о репродуктивном здоровье, их источники. Что врачи рассказывают и объясняют пациенткам? Какой информацией они снабжают, а какой пациент должен владеть сам? Какой уровень знаний у современных пациенток? Что они знают? Что нет? Каковы их предрассудки в отношении репродуктивного здоровья?

Конкретные истории о знаниях пациенток в диапазоне от наиболее до наименее информированной.

Поведение пациенток и воздействие на него со стороны врача. Какое поведение ожидает врач от пациентки? Как она должна относиться к своему здоровью. Требования, предъявляемые к больным. Что пациенты делают правильно/неправильно в отношении своего здоровья и врача, особенно молодежь? Встречаются ли запущенные случаи? В чем их причина? (В ходе всего интервью следует обращать внимание на те параметры поведения пациенток, которые врач определяет как «неправильные», не соответствующие нормативным ожиданиям.) Как наиболее эффективно воздействовать на пациенток? О чем врач должен их информировать, что запрещать? Как действует сам(а) информант(ка)? В чем главные трудно-

сти врача в работе с пациентками? Выполняют ли они предписания? Как заставить их следовать предписаниям врача?

Категоризация пациентов. Есть ли понятия «плохой пациент» и «хороший пациент»? Как их расшифровать? Оценивает ли врач социально-экономический статус пациенток? Для чего? Как это делается? Меняется ли отношение к пациентам в последнее время? В чем?

Оценка репродуктивного здоровья населения в целом. Стало хуже или лучше? В чем? Почему?

Отношение пациентов к врачу. Многие люди не доверяют врачам. Сталкивались ли с такими случаями? В чем это проявлялось? Случаются ли конфликты и непонимание? Расскажите о конкретных случаях. Какие пациенты самые трудные? В чем? Как это преодолеть? Конкретные истории Благодарны ли пациенты врачу? В чем это выражается? Откровенны ли пациенты, что скрывают? Кто избегает посещений врача и почему? Могут ли пациенты общаться с врачом за пределами кабинета? Бывают ли такие случаи? Ходят ли на прием личные знакомые? Почему? Заботится ли сам врач о своем здоровье? Где лечится сам?

5. Престиж профессии.

Как в обществе относятся к врачам? К врачам-гинекологам? Меняется ли отношение? В чем? Чем недовольны врачи в своей работе?

Приложение 3

ИНСТРУКЦИЯ И ПУТЕВОДИТЕЛЬ ДЛЯ ЖЕНЩИН-КЛИЕНТОК/ПАЦИЕНТОК МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ СФЕРЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Основная задача интервью — получить рассказы о репродуктивном опыте информанток (в том числе о принятии решения о деторождении или отказе от него) и его осуществлении. Фокус внимания — на взаимодействия с медицинскими учреждениями и медиками (врачами, средним и младшим медперсоналом — медсестрами и санитарками).

«Паспортчика» включает: псевдоним, год рождения, образование, занятость, должность, место рождения и проживания, брачный статус, наличие детей и их возраст, дату и место проведения интервью, фамилию интервьюера.

Цель интервью — получить подробные рассказы на заданные темы.

Темы. Первая беременность, последующие беременности, контрацепция, аборт, деторождение, организация родов, бездетность, здоровье и болезни, профилактика, знания о репродуктивной сфере, взаимодействия с врачами и медицинскими учреждениями и отношения к ним.

Часть 1

«РЕПРОДУКТИВНАЯ ИСТОРИЯ» ИНФОРМАНТКИ

1. Беременности.

Планировалась ли беременность, когда и как определили, кому сообщили. Как протекало медицинское сопровождение беременности? Где наблюдались, с какими медицинскими учреждениями и врачами взаимодействовали (см. Часть 2 *Путеводителя*)? С кем обсуждали, как осуществлялся баланс занятости и наблюдения беременности? Какие были проблемы, как они решались? Отношение к беременности (болезнь, естественное

состояние): собственное, окружающих — женщин и мужчин, родственников, врачей.

2. Использование контрацепции.

Какая контрацепция используется (раньше и теперь)? Кто из партнеров осуществляет выбор? Как партнеры договариваются между собой? Источники знаний о контрацепции, обращаются ли к врачу (подробно, к какому, когда, при каких обстоятельствах, кто, каков результат — см. Часть 2)? Какие проблемы в использовании? Что меняется в ходе жизненного цикла? Если не используется — почему? Что изменилось за последние 10 лет?

3. Аборты.

Если беременность искусственно прерывалась — какие были причины, кто участвовал в принятии решения? Отношение к аборту, осуществление аборта (см. Часть 2). Кому рассказывали? Какие последствия для здоровья, репродуктивных и сексуальных практик?

4. Здоровье и заболевания.

Были ли непроизвольные выкидыши, другие проблемы со здоровьем, ЗППП? Отношение к ним. Взаимодействия с врачами-гинекологами, отношение к репродуктивной медицине вообще. Стратегии лечения и взаимодействия с врачами — на это следует обратить особое внимание (см. Часть 2).

5. Опыт родов.

Где и как рожали (платно, бесплатно)? Стратегии организации процесса родов, успешность/неуспешность стратегий (см. Часть 2). Семейные роды: участие отца или других членов семьи. Мотивация. Каково участие мужа (партнера), свекрови, матери, других родственников?

6. Изменения.

Что меняется сейчас в принятии решений о деторождении, в родовспоможении?

7. Оценки.

Отношение информантки и «общества» к бездетности, многодетности, одинокому материнству, рождению вне брака (случаи и отношение), новым репродуктивным технологиям, участию отца в родах.

Часть 2

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ И ВРАЧАМИ

1. Отношение пациентки к своему здоровью.

Как пациентка его оценивает? По каким критериям? Заботится ли о своем здоровье? Каким образом?

2. Знания о беременности, родах, заболеваниях.

Как пациентка оценивает свою информированность, что хотела бы знать? Попытаться выявить источники получения знаний (родственники, знакомые, больные, врачи, профессиональная литература, интернет и т. д.).

3. Отношение пациентки к врачу(ам).

Постоянный врач или нет? История обращения к врачу (знакомый или нет). Основания доверия к конкретному врачу (давно знаю, лечил знакомого, хороший человек, плачу деньги, репутация — светило, бес-сребреник и пр.). Какие категории врачей выделяет пациентка (хорошие, плохие, заботливые и пр.)? Описание и оценка пациенткой стиля работы врача. Что подразумевается под словами «хороший врач», «идеальный врач» и «плохой врач»? Как расшифровать эти понятия? Понимает ли пациентка действия врача? Доверяет ли диагностике? Как пациентка благодарит врача (монетарные и символические формы)? Отношение к врачебным предписаниям. Есть ли претензии к работе врача (врачей); в чем они заключаются?

4. Отношение к среднему и младшему медперсоналу.

С каким персоналом приходится сталкиваться? Бывают ли конфликты и открытые разногласия с врачами или медперсоналом?

5. Отношение к медицинскому учреждению: женской консультации, больнице, центру.

Как осуществляется выбор? Как организовано обслуживание? Описание учреждения, его эффективности и удобства для пациентов. Обратит внимание на затрачиваемое время, «очереди», описание общей обстановки. Пользуется ли пациентка платными услугами? Какими? Как оценивает эти возможности?

6. «Свой врач».

Есть ли случаи наблюдения у «своего врача»? Каким образом сформировались доверительные постоянные отношения (история)? В чем преимущества постоянного «личного» врача?

Приложение 3

Интервьюеру необходимо понять:

1) Насколько пациентка удовлетворена медицинским обслуживанием в клинике, отношением медицинского персонала? Что вызывает положительную реакцию, что — отрицательную?

2) Как пациентки относятся к своему репродуктивному здоровью? Кто, по их мнению, несет ответственность за их здоровье?

Приложение 4

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ СЕАНСА НАБЛЮДЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Задача наблюдения: регистрировать, когда и где происходит взаимодействие, что именно происходит; фиксировать, кто участвует во взаимодействии, их поведение, продолжительность, главное содержание разговора, свой комментарий (его всегда выделять).

Основная единица наблюдения: ситуация взаимодействия гинеколога-акушера и пациентки.

Дополнительные единицы наблюдения: ситуации взаимодействия врачей, врачей и среднего и младшего медперсонала, взаимодействия пациентов, взаимодействия медсестер.

Параметры наблюдения ситуаций взаимодействия: место, время, продолжительность, кто участвует и присутствует, организация (очередь, врач пришел в палату, осмотр после операции, снятие швов, и пр.). Причина взаимодействия, что обсуждают, в каких условиях. Описать палату, кабинет врача, осмотр, жалобы пациента.

В ходе полевой работы необходимо собрать информацию о *состоянии, обеспечении и оснащении больницы:* платные услуги (формально и неформально); требуется ли от пациентов что-то приносить из дома?

Список сокращений

<i>ВВП</i>	— валовый внутренний продукт
<i>ВОЗ</i>	— Всемирная организация здравоохранения
<i>ВС СССР</i>	— Верховный Совет СССР
<i>ГУ-ВШЭ</i>	— Гуманитарный университет-Высшая Школа Экономики
<i>ДМС</i>	— добровольное медицинское страхование
<i>ЕУСПб</i>	— Европейский университет в Санкт-Петербурге
<i>ЖК</i>	— женская консультация
<i>ЗППП</i>	— заболевания, передаваемые половым путем
<i>ИППП</i>	— инфекции, передаваемые половым путем
<i>КТГ</i>	— компьютерная томография
<i>МК</i>	— мужская консультация
<i>МЗСР РФ</i>	— Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
<i>НИИ</i>	— Научно-исследовательский институт
<i>НКВД</i>	— Народный Комиссариат внутренних дел
<i>НКО</i>	— некоммерческая организация
<i>НПО</i>	— научно-производственное объединение
<i>ОБЖ</i>	— основы безопасности жизнедеятельности
<i>ОМС</i>	— обязательное медицинское страхование
<i>ПЦР</i>	— полимеразная цепная реакция
<i>РГГУ</i>	— Российский государственный гуманитарный университет
<i>РПЦ</i>	— Русская Православная Церковь
<i>СНК СССР</i>	— Совет Народных Комиссаров СССР
<i>УЗИ</i>	— ультразвуковое исследование
<i>ФПНУС</i>	— факультет политических наук и социологии ЕУСПб
<i>ЦИК</i>	— Центральный Исполнительный комитет
<i>ЭКГ</i>	— электрокардиограмма

Список сокращений

- NHS* – National Health System – Национальная система здравоохранения
- UNAIDS* – Joined United Nations Programme on HIV/AIDS – Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)
- UNESCO* – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization – организация ООН по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО)
- UNICEF* – United Nations International Children's Emergency Fund – Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), основная цель организации – защита и поддержка прав детей на безопасное, здоровое и счастливое детство
- WHO* – World Health Organization – Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), является направляющей и координирующей инстанцией в области здравоохранения в рамках Организации Объединенных Наций

Справка об авторах

Полина Аронсон — аспирантка факультета социологии Warwick University (Великобритания), к.с.н.

Екатерина Бороздина — магистр социологии ЕУСПб, аспирантка ЕУСПб

Ольга Бредникова — магистр социологии ЕУСПб, научный сотрудник ЦНСИ

Елена Здравомыслова — профессор ЕУСПб, к.с.н.

Дарья Одинцова — магистр социологии ЕУСПб, ведущий специалист по анализу и исследованиям ОАО «Балтика»

Виктория Сакевич — старший научный сотрудник Института демографии ГУ-ВШЭ (Москва), к.э.н.

Ольга Снарская — магистр социологии ЕУСПб

Анна Тёмкина — профессор ЕУСПб, PhD

Ольга Ткач — магистр социологии ЕУСПб, научный сотрудник ЦНСИ, к.с.н.

Мишель Ривкин-Фиш (Rivkin-Fish, Michele) — associate professor, University of North Carolina, Chapel Hill, PhD

Виктор Самохвалов — врач-психотерапевт-сексолог высшей квалификационной категории. Городской клинико-диагностический центр репродуктивного здоровья для детей и подростков «ЮВЕНТА» (Санкт-Петербург)

Ирина Тартаковская (перевод) — старший научный сотрудник Института социологии РАН (Москва), к.с.н.

Научное издание

Труды факультета политических наук и социологии
Выпуск 18

ЗДОРОВЬЕ И ДОВЕРИЕ:
гендерный подход к репродуктивной медицине
Сборник статей

Под редакцией
Е.В. Здравомысловой, А.А. Тёмкиной

*Утверждено к печати Ученым советом
Европейского университета в Санкт-Петербурге*

Редактор, корректор *Е.И. Васьковская*
Дизайн *А.Ю. Ходот*
Верстка *А.Б. Левкина*

Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге
191187 Санкт-Петербург, ул. Гагаринская, 3
Тел. +7 812 579 2133
Факс +7 812 275 5139
www.eu.spb.ru/press
e-mail: books@eu.spb.ru

Подписано в печать 20.04.2009.
Формат 60×84¹/₁₆. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 25,2. Тираж 700 экз.

Отпечатано в типографии
издательско-полиграфической фирмы «Реноме»,
192007 Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 40.
Тел./факс (812) 766-05-66
e-mail: RENOME@comlink.spb.ru
www.renomespb.ru

Книги

Издательства Европейского университета в Санкт-Петербурге
по гендерным исследованиям

Здоровье и доверие:

гендерный подход к репродуктивной медицине

Сборник статей

Под редакцией *Елены Здравомысловой, Анны Тёмкиной*

Труды факультета политических наук и социологии; Вып. 18

2009 г., 432 с.

ISBN 978-5-94380-088-7

Новый быт в современной России:

гендерные исследования повседневности

Коллективная монография

Под редакцией *Елены Здравомысловой, Анны Роткирх, Анны Тёмкиной*

Труды факультета политических наук и социологии; Вып. 17

2009 г., 524 с.

ISBN 978-5-94380-077-1

Анна Темкина

Сексуальная жизнь женщины:

между подчинением и свободой

Труды факультета политических наук и социологии; Вып. 15

2008 г., 376 с.

ISBN 978-5-94380-072-6

Российский гендерный порядок: социологический подход

Коллективная монография

Под редакцией *Елены Здравомысловой, Анны Темкиной*

Труды факультета политических наук и социологии; Вып. 12

2007 г., 306 с.

ISBN 978-5-94380-060-3

Гендерное устройство: социальные институты и практики

Сборник статей

Под редакцией *Жанны Черновой*

2005 г., 224 с.

ISBN 5-94380-045-X