

# Гинекологи и пациентки в борьбе за дисциплину: медиализация контрацепции в современной России

---

Анна Темкина

*Итак, вы узнали, что беременны... У вас один путь – в женскую консультацию (ЖК) к акушеру-гинекологу. И чем раньше, тем лучше. Если вы хотите сделать аборт – вам туда. Если вы хотите рожать – вам туда. Если вы не определились – вам туда... все пути ведут в ЖК.*

[Соломатина, 2009. С. 265].

## Введение

Эпиграф взят из иронической прозы Т. Соломатиной о гинекологах и их пациентках. Автор, бывший гинеколог-акушер, настаивает на эксклюзивном авторитете профессионалов в области репродукции. Тотальность медицинского контроля осуществляется в целях обеспечения здоровья и благополучия женщин. Гинекологи и их сообщество предстают в художественном воплощении как безусловно ориентированные на благо своих пациенток, даже если и не всегда бескорыстно. Задача пациентки – как можно быстрее оказаться у врача и получить компетентный совет и компетентную помощь. Это касается в первую очередь беременности, практически полностью медиализированной в России, хотя и с некоторыми исключениями. В фокусе моего внимания будут менее медиализированные практики использования контрацеп-

---

Я благодарю за комментарии Елену Здравомыслову, Мэри Лариваара, Йони Родин.

ции. Институциональный контроль над их использованием растет в последние десятилетия, методы становятся разнообразнее и доступнее. Меня интересует, как в институционализированных интеракциях врача и пациентки осуществляется контроль, как происходит дисциплинирование женского тела и создание субъектности. Сначала я обращусь к контекстам медикализации контрацепции в современной России и к перспективе гинекологов. Я рассмотрю, какие инструкции дают гинекологи пациенткам по поводу контрацепции, какое поведение от них ожидают, какие техники дисциплинирования используются. Затем будет показано, как на ожидания врачей реагируют женщины и какие эффекты производятся в отношении субъектности.

Данное исследование отсылает к работам Фуко, посвященным институциональному контролю и дисциплинированию тела [Фуко, 1998; Его же, 1999]. В современном обществе знания и институты производят «послушные тела», способствующие эффективности и производительности. Субъект, однако, не только конституируется как объект контролирующего знания, но и обретает понимание себя при помощи определенных техник [Фуко, 2004]. Для анализа сферы репродукции важными являются концепты биополитики и анатомополитики, управляющих населением и индивидуальным телом соответственно. В их рамках рассматривается конкретная практика предохранения, получающая двойственное толкование в современных подходах.

### **Медикализация контрацепции: «за» и «против»**

Для социальных наук и феминистской критики характерно двойственное рассмотрение использования науки и технологий в сфере репродуктивного здоровья (в том числе современной контрацепции, например, Рарр, 2001; Granzow, 2007). Био- и анатомополитика, диктуя определенные способы воспроизводства населения, дисциплинируют женские тела и подчиняют их правилам репродуктивного поведения. Репродукция находится в центре биополитики:

С 1970-х... репродукция становится проблемным пространством, в котором проявляется связь индивидуального и коллективного, технологического и политического, правового и этического. Это поистине биополитическое пространство... Возникает новая политика аборт, принимая разные формы в разных национальных контекстах. И по крайней мере, на Западе появляется связанная с этим тематика «репродуктивного выбора» [Rabinov, Rose, 2006]<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Здесь и далее перевод выполнен автором.

В сфере репродукции женское тело рассматривается как медиализируемое [Zola, 1972; Conrad, 1992] и контролируемое на протяжении всего жизненного (репродуктивного) цикла [Lupton, 1994].

Аспекты жизни женщин, касающиеся их репродуктивной способности... медиализируются... В феминистском подходе медицина рассматривается как определяющая женщин через биологию и репродуктивные возможности... Когда проблемы определяются как медицинские, как те, которые можно решить только при помощи медицины, женщины теряют контроль над фундаментальными аспектами своего опыта – фертильностью, сексуальностью [White, 2009. P. 132, 133; Oakley, 1984].

Вопросы частной сферы – материнство, способность к репродукции, здоровье – становятся предметом публичного дискурса и регуляции.

Институты и научное знание, в первую очередь медицина, ориентируют женщин на здоровое, сознательное, подготовленное (или иное) правильное материнство. Контрацепция выступает техникой подчинения определенным правилам управления телом, планирования деторождения и регулирования рождаемости:

Контрацепция и аборт – становятся центральными вопросами социетальной амбивалентности женской роли... Полемика по поводу контрацепции и безопасных методов для женщин разворачивается вокруг идеи материнства всех женщин и желания медицинской профессии обеспечивать контроль над женской репродукцией [Lupton, 1994. P. 128].

Однако «технология часто создает возможности» [Lock, 2001. P. 481]:

Некоторые феминисты считают, что биомедицина предоставляет больше возможностей женщинам контролировать свою фертильность благодаря развитию контрацептивных технологий [Lupton, 1994. P. 130–131].

Контрацепция рассматривается как средство повышения качества сексуальной жизни и интимных отношений, поскольку позволяет отделить здоровье от репродукции [см.: Bledsoe, 1996; Gribaldo, Judd, Kertzer, 2009; Lock, 2001]. Изучая женско-центрированную перспективу в отношении контроля деторождения, Холмс формули-

рует дилемму репродуктивного выбора, основанную на противоречии между регуляцией и свободным выбором [Birth Control... 1980. P. 18]. Исследователи рекламы контрацепции пишут:

Женщины могут обрести свободу через контрацепцию (контролируя беременность), но получают женщины такой контроль только через медицину [Medley-Rath, Simonds, 2010. P. 785].

Предохранение попадает в сферу медиализации, означающую, что «проблема определяется в медицинских терминах, для описания проблемы используется медицинский язык, для понимания проблемы адаптируется медицинский фрейм или используются медицинские средства для лечения» [Conrad, 1992. P. 211]. Медицинский надзор как один из механизмов социального контроля «предполагает, что определенные условия или поведение осознаются через “медицинский взгляд”, врачи могут легитимно требовать от людей исполнения действий, связанных с этими условиями» [Conrad, 1992. P. 216]. Такой контроль распространяется, захватывая все новые области человеческого опыта. Примером является деторождение, при котором «медицинский надзор гинекологов расширился, включая в настоящее время пренатальный стиль жизни, бесплодие, постнатальное взаимодействие с младенцем» [Conrad, 1992. P. 216].

Я исследую использование контрацепции через перспективу медиализации [Arney, 1982; Conrad, 1992. P. 216]. Медицинское знание и контроль становятся все более значимыми по мере развития новых поколений контрацептивных средств:

Ожидается, что женщины ответственны за репродукцию, при этом они должны взаимодействовать с медицинскими учреждениями в целях использования общепринятых средств контрацепции, контролируемых женщинами. Посредничество докторов и фармацевтов ... означает, что власть предотвращать беременность более не принадлежит женщинам [Medley-Rath, Simonds, 2010. P. 783].

Однако медицинскую власть оспаривает рынок и потребители, медиализация (использование медицинского языка, интерпретация рисков в терминах здоровья и прочее) усиливается за пределами профессии, на нее влияют не только общественные движения и группы интересов, но также биотехнологии и сами потребители. Врачи остаются гейткиперами, но их эксклюзивная роль ограничивается. Все более доминируют коммерческие интересы [Conrad, 2009. P. 488]. Происходит перераспределение власти в отношениях

между экспертами и женщинами, наблюдаются тенденции демократизации профессионального знания. При этом женщины, усваивая медицинский дискурс, не обязательно следуют правилам медицинского контроля [Lock, 2001].

М. Локк в критическом анализе процессов медиализации обнаруживает разрыв между стремлениями тех, кто обладает властью/знанием, и практиками пациентов, на которых хотят воздействовать: «Население – это не просто пассивная жертва новейших медицинских трендов» [Lock, 1988. Р. 45]. Реакция индивида на медиализацию является неоднозначной [Lock, 2001. Р. 481]. Отношение к контрацепции, в частности, корректируется определенными культурными рамками. Например, в Италии для женщин среднего класса более характерна ориентация на «желание» и «судьбу», чем «планирование» и «выбор». Из этой перспективы становятся понятными предпочтения, которые отдаются не-технологическим (традиционным) методам предохранения [Gribaldo, Judd, Kertzer, 2009. Р. 552].

Итак, я учитываю, что биовласть «фокусирует наше внимание на трех ключевых элементах ... знания о жизненных процессах, властных отношениях, которые производят людей как живых существ в качества ...объекта, и способах субъективации, через которые субъекты производят себя как живых существ» [Rabinov, Rose, 2006]. Я рассматриваю знание, которое транслируется в медицинских институтах во взаимодействии гинекологов и женщин, тактики власти-контроля, которые используют доктора, а также способы производства себя женщинами при подчинении и сопротивлении медицинскому контролю.

### **Контексты использования контрацепции в современной России**

Медиализация контрацепции в России происходит, во-первых, в контексте сохраняющегося наследия советского времени, для которого было характерно традиционное, не вполне эффективное предохранение. Аборты с 1955 года выступали главным средством регулирования снижающейся рождаемости, доступность современной контрацепции была низкой. Несмотря на ее широкое распространение в последнее десятилетие, вплоть до настоящего времени, по данным различных опросов, около 20–25% российских женщин используют только традиционные методы предохранения, и около 25% сексуально активных женщин не используют контрацепцию [Perelman, McKee, 2009; Zakharov, 2008; Захаров, Сакевич, 2008. С. 130,

145; Regushevskaya et al., 2009; Кон, 2010; Демографическая модернизация... 2006; Мейлахс, 2009]. С этим связаны неплановые и нежелательные беременности, относительно высокий уровень абортот, ЗППП. Вплоть до настоящего времени Россия лидирует по уровню абортот [Денисов, Сакевич, 2012]. Контрацепция озвучивается в публичном дискурсе в связи с предупреждением эпидемии СПИДа, однако не существует механизмов и институтов ее систематического продвижения.

Во-вторых, важным является контекст пронаталистской политики, критики планирования семьи и сексуального образования в 1990-е годы и ограничение права на аборт в 2000-е [Сакевич, 2011а]. Вопросы репродукции в современной России, как и во многих других обществах (в особенности в посткоммунистических странах, см.: Gal, Kligman, 2000), являются политическими и становятся предметом борьбы и переговоров между разными агентами, институтами и дискурсами, касающимися демографической политики, религии, общественного здоровья, медицины, прав женщин.

В рамках критики сексуального образования и планирования семьи продвижение полового воспитания часто оценивается негативно, рассматривается, в числе прочего, как фактор морального разложения общества, способствующий «растлению детей»<sup>1</sup>:

Консерваторы постоянно напоминают политикам о том, чтобы они рассматривали репродуктивные тренды как показатель национальной жизнеспособности. Они описывают практики планирования семьи <как> ... преднамеренные тактики враждебного запада, направленные на ослабление Российского государства путем сокращения населения [Rivkin-Fish, 2010. P. 711].

Программы сексуального образования рассматриваются его противниками как «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» [Снарская, 2009. P. 65–66].

Попытки создания системы семейного планирования, включая сексуальное образование, потерпели поражение в 1990-е (хотя некоторые медицинские институты были созданы и работают вплоть до настоящего времени):

---

<sup>1</sup> Например, Православный медицинский сервер <http://www.orthomed.ru/pms.php?id=library.decaй.index>.

Поскольку официально декларируемой политикой всегда был пронатализм, продвижению идеологии планирования семьи не уделяется внимания. Возобновление программы, подобной «Планированию семьи», сегодня, в условиях провозглашенного государством курса на повышение рождаемости, вряд ли возможно; наоборот, созданные в 1990-е годы центры планирования семьи и репродукции постепенно закрываются из-за недостаточного финансирования [Денисов, Сакевич, 2012].

В 2011 году внесены поправки к закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Церковь и некоторые политики предлагали жесткие меры, против которых выступали феминистские группы и некоторые медики [Сакевич, 2011б]. Попытки существенно ограничить свободу принятия решения демонстрируют инструментальное отношение к женщинам как «полезным биологически-демографическим инструментам для государственных потребностей. Государство использует свои технологические ресурсы, надзирающую власть и тактики убеждения для того, чтобы предотвратить аборт после того, как беременность установлена» [Rivkin-Fish, 2010. P. 722].

В общественной дискуссии аборты связываются с демографическим кризисом и вымиранием нации [Rivkin-Fish, 1999; Eadem, 2010]. Русская православная церковь (РПЦ) – один из активных сторонников запретительных мер – негативно относится к контрацепции, в первую очередь к «абортивной». В соответствии с социальной концепцией РПЦ внутриматочные спирали и гормоны считаются неприемлемой контрацепцией<sup>1</sup>. Использование контрацепции приравнивается к абортam, связывается в этом дискурсе с падением рождаемости и нравственности:

Миф о том, что регулирование рождаемости является синонимом ее ограничения, а широкий доступ к методам контрацепции приводит якобы к снижению рождаемости и депопуляции, широко распространен как на уровне обывателя, так и на уровне лиц, принимающих решения [Сакевич, 2011a].

С учетом консервативного контекста представляется важным то, что в российской медицине достаточно широко используются концепты «планирование семьи» и «планирование беременности», раз-

---

<sup>1</sup> См. например, разъяснения протоиерея Максима Обухова (руководитель медико-просветительского центра «Жизнь»). 26.11.2011 // <http://tv-soyuz.ru/programmms/tv/religious/besedy-s-batyushkoy/at19494>

дела о контрацепции, связанной с планированием семьи, включены в учебники по гинекологии и акушерству, вопросы планирования и предупреждения нежелательной беременности обсуждаются при консультировании пациенток как в центрах планирования семьи (и репродукции), так и в женских консультациях. Большинство гинекологов, с которыми были проведены интервью в данном проекте, говорят о себе как о сторонниках современных методов контрацепции и планирования беременности. Аналогичные взгляды в Санкт-Петербурге отметила и финская исследовательница М. Лариваара. Полагая, что женщины, использующие современную контрацепцию, являются образованными и прогрессивными, врачи при этом настаивают на необходимости медицинского контроля [Лариваара, 2009. Р. 318–326]. Вместе с тем они придерживаются разных позиций по поводу аборт. Нас интересует позиция гинекологов-адептов современной контрацепции.

Далее речь пойдет о взаимодействиях врачей и женщин в женских консультациях – первичном звене акушерско-гинекологической помощи. Услуги в данном учреждении предоставляются на бесплатной основе, хотя существует как платные приемы, так и разнообразные платные услуги. В соответствии с регистрацией (или по выбору) женщина обращается к участковому врачу при беременности, заболеваниях, профилактических визитах.

Взаимодействия врачей и пациентов в сфере репродуктивного здоровья в России получили отражение в исследованиях, которые показывают, что гинекологи ожидают «культурное отношение» к здоровью и медицине, наличие базовых знаний, ответственности. Они рассчитывают на сотрудничество и доверия со стороны пациентов [Здравомыслова, Темкина, 2012; Одинцова, 2009; Бороздина, 2012]. Исследователи также фиксируют патерналистское отношение со стороны гинеколога [Larivaara, 2010; см. также: Здравомыслова, Темкина, 2012; Rivkin-Fish, 2005], задача которого – убедить женщин использовать контрацепцию как «средство обеспечения будущей фертильности и избегания опасных последствий абортов» [Larivaara, 2010. Р. 357]. Гинекологи инструктируют пациенток, задавая стандарты правильного поведения в отношении контрацепции – здоровья – репродукции – сексуальной жизни – материнства. Меня интересует, как осуществляется контроль и дисциплинирование женщин в этих взаимодействиях. Сначала я проанализирую то, какие параметры учитывают гинекологи при предписаниях контрацепции и планирования беременности, затем я обращусь к тому, как осуществляется дисциплинирование и самодисциплинирование женщин в отношении к предохранению, после этого я покажу, как женщины реагируют на медицинский контроль.



## Данные и процесс исследования

Исследование основано на глубинных тематических интервью с акушерами-гинекологами и их пациентами. Интервью проводились в трех российских городах – Казани, Архангельске, Самаре в 2009 году<sup>1</sup>. Мы ожидали увидеть региональные различия в доступе к медицинской помощи, однако не обнаружили значимых различий во взаимоотношениях врача и пациента по поводу контрацепции в зависимости от региона (по крайней мере, для среднего класса). Данное исследование основано на небольшом числе интервью, которое не представляет весь спектр взаимодействий между гинекологами и женщинами. Однако мы можем предполагать, что результаты применимы к контрацептивной культуре городского среднего класса, в которой медицинские советы и воздействия являются важной составляющей.

Основной источник данных для исследования – интервью с 15 акушер-гинекологами (4 в Самаре, 7 в Казани, 4 в Архангельске, из них 13 женщин и 2 мужчины). В интервью обсуждались следующие темы: профессиональная карьера, институциональная среда, профессиональные практики (наблюдение беременных консультирование по контрацепции, аборты, роды, заболевания) и взаимодействия с пациентками (знания, поведение, ожидание, способы воздействия, отношение к здоровью и медицине, изменения за последнее десятилетие).

Возраст опрошенных варьирует от 33–74 лет (средний 45 лет), среди них преобладали доктора, работающие в муниципальных женских консультациях, со стажем работы от 6 до 46 лет. Четыре гинеколога являются или были заведующими отделениями, одна имеет степень кандидата наук. Отметим, что статус информантов является относительно высоким, и они – по возрасту и стажу – скорее, принадлежат к среднему и старшему поколению специалистов, хотя и с некоторыми исключениями. Большинство гинекологов в России – женщины (особенно в первичном звене обслуживания, см.: Герасимова, 2012).

Дополнительным источником информации послужило включенное наблюдение на приеме в женской консультации (апрель – июль 2009, Самара, проведено Д. Красильниковой в соответствии

---

<sup>1</sup> Все интервью были сделаны в рамках проекта «Гендерное устройство частной жизни в России» под руководством автора статьи и Елены Здравомысловой, проект поддерживался фондом Форда и корпорацией «Новартис». Интервью были выполнены командой исследователей, руководитель поля – Ольга Ткач.

с разработанным рубрикатором, около 90 часов, 15 сессий). Кроме того, я использую учебники и учебные пособия по акушерству и гинекологии, изданные в 2000-е годы.

Вторая группа данных – интервью с молодыми женщинами в возрасте от 17 до 32 лет, проведенные в тех же городах. Было собрано 56 интервью. В соответствии с задачами исследования было выделено два фокуса: сексуальные практики (32 интервью, женщины 17–28 лет), репродуктивное здоровье и взаимодействие с врачом (24 интервью, 23–32 года). Все интервью включали, хотя и в разной степени, вопросы здоровья и взаимодействий с медицинской. В интервью также обсуждались практики предохранения, беременности, инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), планирования семьи, а также отношения к безопасному сексу. Отбор информантов осуществлялся в соответствии с возрастом (молодое поколение) и образованием (преимущественно высшее).

В ходе исследования проходили постоянные семинары, посвященные сбору, анализу и интерпретации данных. Триангуляция осуществлялась через сопоставление разных источников информации, сравнение с данными предыдущих исследований в Петербурге (2005, 16 интервью), сопоставление интерпретаций разных исследователей. Для анализа данных использовалось тематическое кодирование, осуществленное на основе концептуальной модели исследования в два этапа [Miles and Huberman, 1994]. Сначала были созданы коды *arjioi* – относились к использованию контрацепции, инструкциям, которые дают врачи, и реакциям пациенток. Затем индуктивно создавались субкоды, которые касались разных типов контрацепции, контроля со стороны врача, избегания медицинского взаимодействия и само-контроля со стороны пациенток.

### **Взгляд гинекологов на контрацепцию: контроль репродуктивного здоровья и планирование беременности**

Я рассматриваю здесь, каковы причины выбора медиками конкретного метода контрацепции и как в ходе выбора осуществляется контроль «правильного» поведения женщины. Врачи оценивают контрацепцию прежде всего как способ избегания аборт и планирования беременности. В учебниках по акушерству и гинекологии написано:

...средства, применяемые с целью предупреждения беременности, называются контрацептивными. Контрацепция является составной частью системы планирования семьи и направле-

на на регуляцию рождаемости, а также на сохранение здоровья женщины [Гинекология... 2004. С. 367; То же, 2011. С. 375].

Основная цель контрацепции – планирование желательной беременности, срок наступления которой определяет сама женщина. Акушер-гинеколог принимает активное участие в этом процессе [Айламазян, 2008. С. 271–272].

Профессиональный подход гинеколога связывает контрацепцию преимущественно с осуществлением подготовленной и запланированной беременности. Реже утверждается, что контрацепция предохраняет не только нежелательную беременность, но и заболевания, передающиеся половым путем [Голота, Бенюк, 2005. С. 391].

Гинекологи отмечают наличие либеральных трендов в сексуальной жизни современной молодежи. В своей практике они исходят из признания поколенческих изменений в жизненном цикле, когда молодые люди рано вступают в сексуальные отношения и откладывают деторождение:

Если раньше, может быть, там сначала беременели и рожали, а потом уже все остальное, то сейчас сначала они активную половую жизнь ведут, а только потом уже, когда-то, через много лет, планируют беременность (Н.О., жен., 38 лет).

Поэтому контрацепция, с точки зрения врачей, необходима с самого начала сексуальной жизни. Вопрос о сексуальной жизни подростков сензитивен и политически окрашен, и лишь некоторые учебники включают разделы о сексуальной жизни и предохранении подростков [например, Грицюк, Гуркин, 2003]. Современная контрацепция считается главным инструментом планирования деторождения, избегания нежелательной беременности и абортов. Цель – сохранение здоровья женщин. Гинекологи негативно относятся к отсутствию предохранения. Традиционные (естественные) методы получают амбивалентную оценку профессионалов. Их описание включено в учебники по гинекологии, при этом отмечается их недостаточная эффективность. Доктора говорят о том, что женщины продолжают использовать данные методы, и, с их точки зрения, это является более предпочтительным, чем полное отсутствие предохранения [см. также: Лариваара, 2009. Р. 319–320].

В целом профессионалы исходят из того, что если беременность не планируется, должна быть использована эффективная контрацепция. Интерпретация «планирования беременности» (термин широко используется в практиках врачей) связана в основном с медикализированной подготовкой беременности (прием витаминов, медицинские проверки здоровья, здоровый образ жизни) [см. также:

Larivaara, 2011]. «Планирование семьи» в учебных пособиях определяется шире, например, как «широкий комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на охрану репродуктивного здоровья женщины и обеспечения рождения желанных детей» [Айламазян, 2003. С. 506]. В учебниках по гинекологии планирование семьи связывается с ограничением частоты абортов, широким использованием высокоэффективных методов и средств контрацепции, предотвращением перинатальной и материнской смертности [Айламазян, 2003. С. 506]. Такой подход характерен и для медицинской практики:

Конечно, надо планировать ... сейчас уже намного больше пациентов, которые действительно сначала планируют, подходят к этому уже осознанно, не так, чтоб так получилось (Н.О., жен., 38 лет).

Планировать беременность, я считаю, что обязательно нужно (О.П., жен., 48 лет).

Врачи связывают использование контрацепции с планированием беременности, они подчеркивают наличие выбора у женщин. Выбор – это важная категория, которую мы рассмотрим в следующем параграфе. Врачи подчеркивают также индивидуальный подход медика к каждой женщине, при котором гинеколог принимает во внимание множественные факторы, медицинские и социальные, а также личные предпочтения женщины. Гинекологи проводят различия женщин по состоянию здоровья, возрасту, типу партнерства и числу партнеров, частоте половых контактов, репродуктивным намерениям, стилю жизни и пр. При назначении контрацептива

учитывается количество, значит, отношений в неделю, в месяц, от возраста пациентки это зависит. Это зависит от ее характера образа жизни, зависит, допустим, рожавшая/нерожавшая женщина, это тоже имеет большое значение, какой возраст (Н.А., жен., 49 лет).

В справочнике по гинекологии воспроизводится та же логика нормативного отношения врача к пациентке:

При подборе средств контрацепции учитывают многие критерии: эффективность, безопасность для конкретной пациентки, побочные действия, непротивопоказательные эффекты, обратимость метода, доступность, стоимость и другие критерии, в том числе социального и личного характера [Суслопаров, 2009. С. 460].

Критерии социального и личного характера в учебниках четко не определены. Мы обратимся к практикам гинекологов, чтобы понять, какие факторы учитывают они в своей деятельности.

Основываясь на данных критериях, результатах анализов и осмотра, врачи выделяют три основных типа контрацепции, которые рекомендуются разным женщинам:

Я, конечно, рекомендую внутриматочную спираль, которые имеют одного полового партнера... молоденькие девочки, которые не планируют беременность в ближайшие там годы, конечно, это гормональная контрацепция, которая подходит лично каждой пациентке... Ну и механическая контрацепция – это презерватив – только тем, у кого несколько половых партнеров и которые, ну скажем, ведут, ну не совсем такой (Б.В., жен., 31 год).

Предписания соответствуют тем, которые представлены в учебной литературе, хотя, в отличие от нее, сводимы к более типичным схемам. Первый тип – гормональные таблетки или другие виды гормональных средств преимущественно рекомендуются бездетным молодым женщинам, состоящим в стабильных отношениях (браке). Такая контрацепция в учебниках описывается как наиболее надежная [Гинекология... 2004. С. 373; Айламазян, 2003. С. 507]. Ожидается, что у женщин есть только один партнер, и они планируют рождение ребенка в будущем. Планирование беременности является предметом заботы врача. В следующем разделе статьи будет показано, что гормональная оральная контрацепция (таблетки) обозначает демаркационную линию между современным отношением к здоровью и дисциплиной, с одной стороны, предрассудками и безответственностью, с другой.

Другой тип – внутриматочные спирали (внутриматочные средства, ВМС), обычно рекомендуется женщинам, состоящим в стабильном партнерстве, имеющим детей и не планирующим беременность в ближайшем будущем. ВМС устанавливается врачом после проведения осмотра и анализов, ее использование контролируется врачом. Предполагается, что у женщины есть только один партнер, в другом случае высока опасность ИППП. Авторы учебников и информанты указывают, что ВМС

...рекомендуется рожавшим женщинам, не планирующим беременность как минимум в течение года, при отсутствии риска заболеваний, передающихся половым путем [Гинекология... 2004. С. 372].

Основными потребителями ВМС являются моногамные, замужние женщины... данные средства не показаны женщинам, имеющим большое количество партнеров [Грицок, Гуркин, 2003. С. 79–80].

А женщинам рожавшим, если состояние репродуктивной системы хорошее и шейка чистая и так далее, то рекомендуем введение ВМС (Н.В., жен., 42 года).

При рекомендации гормональных контрацептивов и ВМС аргументы медицинского характера являются первичными. Фактор здоровья обозначается через физиологические различия рожавшей и нерожавшей женщины, через риски для женщин, собирающихся рожать в ближайшем будущем и не собирающихся, а также риски женщин, состоящих или не состоящих в моногамных отношениях.

Следующий тип контрацепции – презервативы, рассматривается как предпочтительный для молодых женщин, не состоящих в моногамных отношениях и ведущих «специфический» образ жизни. «Этот вид контрацепции показан пациенткам, имеющим случайные половые контакты, с высоким риском инфицирования, редко и нерегулярно живущим половой жизнью. Для надежной защиты от беременности и от инфекций» [Гинекология... 2004. С. 389; То же, 2011. С. 391]. Репродуктивные планы таких женщин не ясны. Презерватив рекомендуется *«в том случае, если у женщины это не единственный половой партнер, если у нее такой своеобразный образ жизни»* (О.П., жен., 48 лет); *«ей нельзя вставлять спираль, потому что у нее разные партнеры разные инфекции, у нее больше возможности получить инфекцию»* (В.Г., муж., 70 лет). Врачи не осуждают женщин, имеющих многочисленных партнеров, однако признают риски для здоровья. Контрацепция в этом случае эксплицитно связывается со стилем жизни, но четко определить такой стиль жизни врачи затрудняются. В интервью гинекологи испытывают трудности в определениях, подбирая слова: *«механическая контрацепция – это презерватив – только тем, у кого несколько половых партнеров и которые, ну скажем, ведут, ну не совсем такой»* (Б.В., жен., 31 год). Презервативы считаются предпочтительными для защиты от ИППП, в других случаях (тем, кто состоит в стабильных отношениях) рекомендуется другая контрацепция.

Врачи признают, что молодежь широко использует кондомы (это подтверждают и различные опросы, см., например, Gerber, Venpan, 2008), и они часто дают такие рекомендации. В учебниках презервативы описываются как методы предохранения от инфекций,

вируса СПИДа, гепатита [например, Айламазян, 2003. С. 516]. Однако есть причины, по которым, с точки зрения врачей, предпочтительнее использовать другие средства: *«У нас в стране, к сожалению, чаще всего, я так понимаю, презерватив и прерванный половой акт, хоть мы их стараемся перевести на гормональные средства контрацепции»* (О.П., жен., 48 лет). Во-первых, презервативы не считаются достаточно надежными: *«Надежность у презерватива все-таки очень низкая, бывают беременности нежелательные и поэтому все-таки лучше перейти на более надежные средства контрацепции»* (М.Н., жен., 36 лет). Контрацепция должна гарантировать, что беременность наступит тогда, когда она планировалась и готовилась.

Во-вторых, использование кондомов не находится под контролем женщины. Следует переходить на более контролируемые средства, считают гинекологи: *«Я все-таки рекомендую перейти на управляемый метод контрацепции»* (М.Н., жен., 36 лет); *«Безопасность не все мужчины любят»* (А.Б., жен., 74 года). Как и пациентки, некоторые профессионалы говорят о том, что мужчины часто предпочитают незащищенный секс. Одна врач рассказала историю о том, как муж обманывал свою жену по поводу использования кондома, поэтому партнерам трудно доверять в этом вопросе. Желательно, чтобы женщина и/или врач контролировали контрацепцию.

Женщины эмансипируются при использовании предписанной (медиками) контрацепции, в использовании которой нет необходимости получать согласия партнера, однако в то же время гейткиперами к такой контрацепции становятся врачи [Medley-Rath, Simonds, 2010. P. 787].

Использование презервативов не предполагает вмешательство и контроль врача, скорее оно предполагает определенную культуру переговоров между партнерами, достаточно проблематичную [Темкина, 2008; Мейлахс, 2009].

Контрацепция для гинекологов выступает в первую очередь средством планирования беременности. Во-вторых, с точки зрения врачей, желательно, чтобы контроль предохранения осуществляла женщина. Признается, что у современной женщины есть выбор. В-третьих, рекомендуемая контрацепция преимущественно связана с профессиональным – медицинским – контролем. Амбивалентное отношение к использованию кондомов в этом смысле является показательным. В-четвертых, моральные утверждения медиков в области контрацепции не всегда являются эксплицитными. Однако

многочисленные партнеры рассматриваются как риск для сексуального и репродуктивного здоровья женщины, для материнства.

Итак, идеалом в профессиональном дискурсе гинекологов является женщина, состоящая в стабильных моногамных отношениях, ориентирующаяся на планирование беременности и деторождение (если она находится в репродуктивном возрасте). Мужчины в этом контексте, как правило, не упоминаются. Предполагается, что эффективное использование контрацепции под медицинским контролем гарантирует безопасную беременность, которая ожидается от женщины в репродуктивном возрасте. Гинекологи как институциональные агенты контроля репродукции транслируют представления о том, каким является правильное поведение женщины, направленное на поддержание репродуктивного здоровья. По мнению врачей, инструкции должны выполняться, однако разные женщины относятся к ним по-разному, что, согласно дисциплинирующему взгляду профессионалов, зависит от ответственности и дисциплины пациенток.

### **Использование контрацепции: дисциплина и медицинский контроль**

Гинекологи подчеркивают, что женщины должны иметь право выбора контрацепции в соответствии со своими предпочтениями. После консультации и назначений врача использование контрацепции является их ответственностью. Женщины должны быть мотивированы профессионалами на осуществление информированного репродуктивного выбора:

Решение о выборе метода контрацепции принимает пациентка после предварительного консультирования, включая информацию обо всех способах контроля рождаемости. Подробная консультация специалиста дает возможность пациентке принять правильное решение. Собственный выбор пациентки повышает эффективность метода, так как в этом случае наблюдается более высокая мотивация в соблюдении режима приема препаратов и последовательности использования выбранных средств [Айламазян, 2003. С. 507].

Репродуктивный выбор описывается как самостоятельный выбор индивида, обращающегося к экспертному знанию. В заключительной части статьи я рассмотрю, какие последствия эти дискурсы и практики имеют для формирования либеральной субъектности.



Далее я проанализирую, как гинекологи описывают практики женщин в отношении контрацепции, какое поведение они ожидают и как они могут воздействовать на него. Предполагается, что женщины должны вести себя определенным образом, и это зависит от наличия знаний, ответственности и дисциплины [Larivaara, 2010; Eadem, 2011; Здравомыслова, Темкина, 2012]. Рассмотрим, как осуществляется контроль во взаимодействиях и как в них конструируется субъектность ответственной дисциплинированной женщины.

### **Самодисциплинирование и выбор женщины под контролем врача**

Гинекологи отмечают, что многие молодые женщины следуют правилу заботы о здоровье под медицинским контролем: *«И слава Богу, что у нас молодежь и женщины детородного возраста очень внимательно это слушают, и подбирают, и пользуются этими методами»* (Н.А., жен., 49 лет). Такие молодые женщины систематически посещают гинеколога, сдают анализы, проверяют здоровье, планируют беременность и готовятся к ней, получают советы по контрацепции и следуют им.

Ведущими принципами, организующими репродуктивные практики таких женщин, являются ответственность и самодисциплина. Они гарантируют контроль и не нанесение вреда здоровью. Самодисциплина особенно необходима при употреблении гормональных оральных контрацептивов (таблеток). Это подчеркивается и врачами, и авторами учебников. Такая женщина *«следит за собой, если она аккуратна, если она добросовестна, то она будет каждый вечер принимать таблетку... 21 таблетку»* (В.Г., муж., 70 лет). От женщин требуется исполнительность и соблюдение режима приема таблеток [Грицюк, Гуркин, 2003. С. 83]. Медикализованный дисциплина тела интериоризируется пациентками. Данный подход предполагает и то, что у женщин нет ограничений в доступе к медицинскому обслуживанию и финансовым ресурсам.

Медицинское взаимодействие с такими женщинами предполагает доверительное сотрудничество при выборе средств из множества вариантов. Врачи подчеркивают, что они принимают во внимание индивидуальные предпочтения женщины при консультировании и рекомендации типа контрацепции: *«нужно как-то индивидуально подбирать.... я как-то стараюсь обо всех рассказать, чтоб женщина сама все-таки сделала выбор»* (Л.М., жен., 33 года). Задача врача – подобрать правильный способ предохране-

ния. В ином случае последствия использования контрацепции могут наносить вред здоровью:

У гормональных средств побочных эффектов больше, хотя, может быть, их больше (Н.О., жен., 38 лет).

...при использовании ВМС возможны воспалительные процессы и кровотечения (Н.В., жен., 42 года).

...как врачи мы рекомендуем все-таки гормональную контрацепцию, потому что от нее очень много побочных эффектов, конечно, есть, но положительных моментов больше гораздо. Если это, это да, это контролируемый метод, то есть, в принципе, то есть, если подобрать правильный препарат для женщины, можно спокойно пить годами, то есть под наблюдением без особых проблем (К.Л., жен., 33 года).

Методы контрацепции иерархизированы по степени контролируемости и по последствиям. Категория «контроля» становится важнейшей во взаимодействии врача и женщины и в повседневном контрацептивном поведении женщины. Таким образом гинекологи способствуют тому, чтобы женщины становились самодисциплинированными в отношении контрацепции, интериоризовали медицинский взгляд на предохранение и репродуктивное поведение. Индивидуальный выбор из множества возможностей должен осуществить индивид с соответствующей дисциплиной, а эксперт должен обеспечить его знаниями и медицинским сервисом.

### **Создание дисциплины через просвещение и убеждение женщины**

Гинекологи говорят и о другом типе женщин, которые не посещают врачей, не используют эффективную контрацепцию, не обсуждают данные проблемы, не выполняют медицинских предписаний. Врачи негативно оценивают такие практики и обвиняют женщин в безответственном поведении, неграмотности, отсутствии заботы о себе и самоуважения.

Некоторые женщины не имеют необходимых знаний о контрацепции, следуют предрассудкам:

Я их спрашиваю: «Какие виды контрацепции?». Они говорят: «Никакие». Я говорю: «Вы хотите забеременеть». – «Нет». «Ну, Вы что-то же делаете». – «Нет». Я говорю: «Может, презерватив?» – «Да». – «Может, прерванный половой акт?» – «Да». То есть как бы даже таких азов люди не знают (Л.М., жен., 33 года).

Они используют традиционные низкоэффективные средства. Есть *«женщины, которые еще календарным методом предохраняются... есть женщины, которые предохраняются прерванным половым путем»* (И.К., жен., 42 года). Особенно часто предрассудки проявляются в отношении к гормональным средствам: *«У нас неграмотны женщины ...в этом плане очень трудно их на это (таблетки) убедить... они боятся поправиться... там каких-то раковых... злокачественных процессов»* (И.К., жен., 42 года). Некоторые женщины постоянно прибегают к экстренной контрацепции ее *«можно спокойно купить в аптеке без рецепта, и вот часто с такими проблемами женщины обращаются»* (П.М., жен., 33 года).

Другие женщины называются «асоциальными». Они не заботятся о себе, не имеют необходимых социальных навыков систематической заботы о своем здоровье и самоконтроля. *«А если женщина, такая, знаете, бродяжка какая-нибудь, неаккуратная и все прочее, зачем ей это нужно. Это точно, что она будет пропускать или женщина, которая выпивает».* Такое поведение может привести к безответственному деторождению. Врач продолжает: *«Сегодня она встретила с молодыми людьми, выпила, она про эти таблетки забыла, половой акт был, и потом приносят они нам детей»* (В.Г., муж., 70 лет). Женщины не следуют медицинским инструкциям и назначениям, для них не характерна дисциплина и ответственность в отношении контрацептивных практик. Это ярко проявляется при использовании таблеток:

Уже очень многие, как бы, например, даже просто элементарно не могут ознакомиться с инструкцией. Могут отменить, там, допустим, взять, две недели принимать, ничего не помнят, они отменяют (Л.М., жен., 33 года).

Я считаю, что все-таки у нас женщины ленивые (М.Н., жен., 36 лет).

Девочка такая легкомысленная, что она сегодня таблетку примет, завтра не примет, то есть зачем тогда ей давать, она себе кровотечение только какое-нибудь оформит (Г.Д., жен., 46 лет).

Таблетки маркируют различия тех женщин, кто может систематически контролировать себя и свое репродуктивное поведение, и тех, кто не имеет навыков дисциплины.

Гинекологи, хотя и являются аффективно и морально нейтральными, по их собственному определению, стигматизируют некультурных женщин, которые не следуют предписаниям врачей:

Ты что хочешь в 42 года пойти на аборт? (Б.В., жен., 31 год).

По циклу предохраняетесь? Это как??? Медицинскую литературу не читаем, да? Мы давно уже не живем по циклу, с перестройки уже! Вляпаетесь ведь, голуба! А ведь аборты бесследно не проходят! ... тем более миому тебе уже ставили. А че, правильно. Вот умирать будешь, может, спасут, а может, и нет!.. (после ухода пациентки) .... а у меня к таким людям ни жалости, ни уважения! 5 лет на приеме не появляться! Это же как себя не любить надо! (Н.А., жен., 49 лет).

Врачи не считают экономические ограничения уважительными причинами безответственного отношения к здоровью. Они утверждают, что существует широкий ценовой диапазон контрацептивных средств, к тому же иногда они могут предоставлять бесплатные средства:

Очень дорого всё. Ну вот там подешевле, идите посмотрите, Вы много не покупайте, купите на один месяц, присмотрите как организм реагирует у Вас (А.Б., жен., 74 года).

Врачи отмечают, что существует категория женщин, которые не консультируются с докторами по поводу своего репродуктивного здоровья. Но даже если они посещают врача, то игнорируют предписания из-за предрассудков, неграмотности или образа жизни. Некоторые женщины не могут или не хотят оплачивать контрацептивные средства, они считают дорогими ВМС и гормональные таблетки. Таким образом, основные барьеры для эффективного предохранения, отмечаемые врачами, – это неграмотность, безответственность или беззаботность, наличие предрассудков, асоциальность. Хотя бедность и нехватка средств упоминаются врачами, однако акцент делается на индивидуальные навыки и дисциплину, которая необходима для заботы о своем здоровье и для планирования семьи. Гинекологи прилагают специальные усилия для того, чтобы изменить модус поведения, повысить контроль над репродукцией. Такая задача может быть выполнена, если женщина как активный агент сама заботится о себе и поддерживает самодисциплину.

Для того чтобы следовать профессиональным предписаниям, женщины должны становиться более «культурными», заботиться о себе, изменять свое отношение к репродуктивному здоровью и медицине. Что делают гинекологи, чтобы способствовать формированию сознательно отношения женщин к репродуктивному здоровью? Общая идея заключается в необходимости убеждать женщин (см. также: Larivaaga, 2010), дисциплинировать через практики обучения, морального влияния, а также принуждения. В учебниках го-

ворится о том, что важной обязанностью врача является «внушение женщинам, планирующим наступление беременности, мысли о необходимости быть исполнительными при приеме ОК» [Грицюк, Гуркин, 2003. С. 83]. Врачи говорят об убеждении, принуждении, разъяснении, «муштре», угрозе. Используются рациональные научные аргументы и «психотерапевтическое» воздействие:

С ними проводится беседа, что это календарный метод очень низкий процент все-таки предохранения. ...Это мы тоже, конечно, проводим лекцию, что это не очень физиологично – прерванный половой акт, и приводит к проблемам здоровья чаще всего у мужчин в будущем (И.К., жен., 42 года).

...Всегда ведется разговор с пациентками о <пауза> дисциплинированности наблюдения, и они предупреждаются о возможных осложнениях, если долго не обращаются (Н.А., жен., 49 лет).

Доктор как бы [должен] муштровать в нужном направлении (А.Б., жен., 74 года).

...Мы же не просто прием гинекологический ведем, у нас именно психотерапевтический какой-то (О.П., жен., 48 лет).

Агент заботы и дисциплины во взаимодействиях с гинекологом гендерно маркирован. Акушерско-гинекологическая помощь направлена преимущественно на женщин. При этом гинекологи, как и многие пациентки, исходят из того, что предохранение является в первую очередь ответственностью женщины. Тем не менее такая атрибуция ответственности не однозначна. Врачи говорят о том, что в настоящее время мужское участие становится несколько более заметным в вопросах планирования и заботы о беременности, при родах. Гинекологи не действуют целенаправленно для привлечения мужчин в сферу заботы о репродуктивном здоровье, однако допускают такую возможность: «Молодые отцы, будущее... проконсультироваться по той же контрацепции практически никогда <не приходят>» (Б.В., жен., 31 год). М. Лариваара обнаружила несколько случаев, когда врачи считали необходимым консультирование пары по вопросам контрацепции (Лариваара, 2009. С. 324). Однако, несмотря на некоторые изменения в отношении репродуктивного здоровья, воспроизводятся гендерные различия. В анализе рекламы исследователи показывают, что современная контрацепция гораздо больше медикализировывает женские тела, чем мужские [Medley-Rath, Simonds, 2010. P. 784]. Это справедливо и для продвижения контрацепции в медицинских дискурсах и взаимодействиях.

Итак, с точки зрения гинекологов, эффективное предохранение и регулирование деторождения требует от женщины дисциплины в отношении здоровья, стиля жизни, взаимодействия с врачом, использовании контрацепции. Употребление гормональных таблеток согласно назначению выступает своего рода маркером самодисциплинирования современных женщин. Во-вторых, утверждается, что на некоторых женщин необходимо оказывать воздействие, чтобы привить им навыки ответственности. Дисциплинирование и просвещение пациенток осознается как задача врача (хотя и не всегда выполняется на практике).

### **Ограничения профессионального медицинского контроля**

В соответствии с нашими данными, гинекологи во многом разделяют либеральный взгляд на предохранение и планирование беременности. Во взаимодействиях и медицинском дискурсе происходит конструирование пациента как агента выбора и самодисциплинирования. Врачи признают необходимость обучения и образования женщин. (Позицию врачей, идентифицирующих себя как православных, не разделяющих либеральные взгляды на контрацепцию и аборты, мы здесь не рассматриваем). Однако гинекологи не всегда выполняют эти принципы на практике. Они не обязательно осуждают использование «традиционных» методов контрацепции, хотя и считают их низкоэффективными. Они не осуждают незапланированные беременности и в основном уговаривают женщин сохранить беременность, особенно первую (см. также: Larivaara, 2010). По отношению к абортам, признавая право женщины на принятие окончательного решения, они высказывают различные мнения.

Врачи отмечают, что у них нет достаточных возможностей для систематического продвижения необходимых практик в отношении здоровья и предохранения. Исполнение власти профессиональными экспертами в России происходит в условиях жестких временных и материальных ограничений. Гинекологи не действуют как автономное профессиональное сообщество, которое само устанавливает правила. Как наемные работники государства они ограничены большим количеством бюрократических правил. В интервью они формулируют устойчивое недовольство нехваткой времени, избыточной работой с документацией, нерациональными требованиями страховых компаний и администрации [Здравомыслова, Темкина, 2012]. Время для приема пациентов жестко нормировано, приоритеты получают беременные, а также больные женщины. Профилакти-

ка в системе обязательного медицинского страхования часто остается за пределами взаимодействия из-за нехватки времени и бюрократических издержек. Доктора, считая необходимым подробно разъяснять способы предохранения, говорят о том, что на это не хватает времени: *«Конечно, я стараюсь все донести, но как бы в плане обычного приема не всегда хватает на это времени и возможности (Л.М., жен., 33 года). Врач «по самому минимуму скажет» (В.Г., муж., 70 лет).* Включенное наблюдение показывает, что доктора относительно редко обсуждают контрацепцию [см. также: Красильникова, 2012; Лариваара, 2009]. Итак, врачи, работающие в государственном здравоохранении, ограничены в своих возможностях профилактики.

С другой стороны, не все женщины подчиняются правилам медицинского контроля. Некоторые из них пассивны и избегают медицинского вмешательства, другие открыто его проблематизируют, третьи отказываются по религиозным или моральным соображениям. Вызов медицинской власти осуществляют пациентки, которых мы назвали «требовательными». Такие пациентки действуют как активные агенты, они не принимают власть врачей как само собой разумеющуюся. Поломка иерархии во взаимодействии обнаруживает скрытые правила, которым обычно следуют его участники. Эти правила предполагают асимметрию знаний и признание экспертной власти даже при доверительном сотрудничестве (с дисциплинированными пациентками). Требовательные пациенты спорят с докторами, имеют собственную точку зрения и пытаются ее отстаивать: *«Если приходит на прием, начинают что-то разговаривать, начинают советоваться, начинают как бы встречать: это не буду, это не хочу, это я слышала, это я уже знаю, да это ерунда» (А.Б., жен., 74 года).* Доктора рассказывают, что все чаще их пациентки обращаются не только к практическому знанию и разным (в первую очередь Интернет) источникам информации, но и к мнениям других врачей, у которых они также получают советы (включая врачей он-лайн). Они проводят своего рода верификацию результатов, открыто отказываются от медицинского контроля и вмешательства: *«категорически нет, я не буду ничего пить, нет, я не буду ничего в себя вставлять» (Б.В., жен., 31 год)* [см. также: Темкина, Zdravomyslova, 2008]. Они проблематизируют медицинскую институциональную экспертизу, осуществляя действия в духе «скептического потребителя» [Mechanic, 1996].

Требовательные пациентки критикуют бюрократическое устройство медицинских учреждений и докторов как их представитель. По мнению врачей, такие пациентки подозрительны, они отка-

зываются сотрудничать. Иногда они агрессивны и неуважительны, ведут себя по отношению к врачу как к обслуживающему персоналу, как к прислуге. Они идут на открытые конфликты: *«придут, там оскорбляют, кричат...»* (Е.З., жен., 52 года). Женщины оспаривают медицинскую компетенцию в целом [Здравомыслова, Темкина, 2012]. В вопросах контрацепции они имеют свое мнение и доказывают его врачу.

Хотя гинекологи признают, что число таких пациенток возрастает, у них не существует определенной стратегии совладания с вызовом. С одной стороны, врачи могут отказаться лечить таких женщин, минимизируя свои усилия во взаимодействии. Гинеколог рассказывает о конфликте и передает свое отношение к пациентке: *«И если вы начинаете капризничать или не выполнять мои рекомендации – значит, не будем даже начинать лечение!»* (Е.З., жен., 52 года). С другой стороны, врачи считают, что в любом случае они должны найти способ убеждения пациента: *«Врач не имеет право обижаться вне зависимости от ситуации»* (Е.З., жен., 52 года). Задача гинеколога – убедить женщину заботиться о своем здоровье, включая предохранение, изменив отношение к медицине. Мы обнаруживаем некоторые признаки того, что отношения врача и пациента становятся более кооперативными и эгалитарными, особенно в платном сегменте медицины [Красильникова, 2012; Larivaara, 2010; Здравомыслова, Темкина, 2012; Герасимова, 2012].

Таким образом, хотя медицинский контроль в области репродуктивного здоровья постоянно растет, однако доверие к медицине как к институту и профессиональной роли проблематично, требовательные пациентки проблематизируют профессиональную власть и зачастую отказываются ей подчиняться. Из-за бюрократических издержек и негативного отношения на политическом уровне к планированию семьи профилактика в репродуктивной медицине ограничена, врачи часто не имеют возможности ее осуществлять, хотя и признают ее необходимость. Это в целом оказывает влияние на масштабы медиализации контрацепции.

### **Ответ женщин: самодисциплина и избегание контроля**

Самодисциплина в отношении беременности и предохранения становится интегральной частью субъектности многих женщин среднего класса в современной России. Медиализованные возможности использования контрацепции оцениваются женщинами как выгодные для здоровья, осуществления репродуктивных планов и в более широкой перспективе – для контроля собственной жизни.



Наши данные показывают, что определенный тип женщин следует стратегии предохранения и планирования беременности:

И я посоветовалась с врачом, это не вот там с бухты-барахты откуда-то у меня в голове сбрело то, что мне нужно пить таблетки. Я посоветовалась с врачом, какие не навредят и так далее. Она мне подсказала, какие и всё после этого, как бы, наверное, больше мое было решение пить таблетки... Мы где-то в октябре месяце решили, что мы хотим ребенка. Как бы я маме своей сказала, что как бы мы вроде там собираемся. Его родители, на тот момент свекровь со свекром жила, вот, то есть они не в курсе были. И буквально где-то в октябре месяце мы перестали предохраняться (Полина, 23 года).

Женщины регулярно посещают гинеколога, и это становится рутинной практикой самодисциплинирования «я регулярно хожу к врачу... То есть я, просто это как-то делаешь, не знаю почему, на автомате просто» (Елена, 24 года). Самоконтроль осуществляется в отношении точного исполнения медицинских предписаний по предохранению, когда практика употребления контрацептивов (таблеток, презервативов) становится само собой разумеющейся, рутинной. Однако некоторые женщины (в некоторых ситуациях) выходят за границы институционального медицинского контроля посредством самомедикизации, другие – избегают данного контроля.

#### *Медикизация повседневности и самодисциплинирование*

Определенный тип женщин (требовательных, с точки зрения врачей) не принимает медицинскую власть врачей как само собой разумеющуюся, они сомневаются в советах, проверяют и корректируют их. Женщины – как агенты активного действия – используют он-лайн сервисы, медицинские знания в сетях, они сравнивают разные опции и разные источники информации, делают собственный выбор. Зоя (23 года) рассказывает о том, как она выбирала способ предохранения. Женщина использовала разные источники информации, консультировалась с разными докторами, задавала вопросы гинекологам он-лайн, обсуждала с мужем, и после этого перешла от использования презервативов на прием таблеток. При выборе средства ее интересовали риски употребления гормонов, и в конечном счете она убедилась в их безопасности для собственного здоровья. Через некоторое время, однако, проявились побочные эффекты использования контрацептивов, и она опять обратилась к «кросс-консультированию» у разных врачей. В результате Зоя согласилась

с предложением гинеколога использовать ВМС (хотя она не относится к категории «рожавших женщин»). Значимыми в этом случае являются и различная медицинская информация, и собственный телесный опыт, и опыт близких. Другая женщина рассказывает о том, что она пыталась использовать различные современные средства, но они ее не удовлетворили на уровне телесных ощущений, и она от них отказалась. Ольга (25 лет) систематически посещает врачей, но полагается в большей степени на рекомендации подруг. Она рассказывает: *«Мне подружки рассказывают, что у нее была спираль. Потом ей ее еле достали. Всю ее замучили. Все болит»*. Сходную практику описывает и Вера: *«Я больше это обсуждаю со своей двоюродной сестрой. Вот с ней я могу прям на все темы поговорить. И она мне может много рассказать там из разряда, что лучше из средств контрацепции и вот как вы там пробовали, а вы не пробовали»* (Вера, 24 года). Признается важным личный практический опыт: *«Я больше вот об этом, мы больше советуемся с подружками, кстати говоря. Я вот от них узнаю какие-то новые вейня (смеется), что-то еще. И как-то это пробую»* (Вера, 24 года).

Итак, активные агенты переводят научное экспертное знание на уровень повседневного, собирая разные свидетельства и доказательства, выстраивая собственные классификации и приоритеты. Женщины становятся дисциплинированными в повседневной жизни по отношению к репродуктивному здоровью, осуществляют самоконтроль за пределами медицинских учреждений. Самодисциплинированные женщины отчасти присваивают медицинское знание и ведут переговоры с экспертами по поводу власти и правил. Другие женщины, делая выбор в сторону практического знания, полностью или частично отказываются от медиализации, порождая «гибридное» знание и практики.

### *Избегание медиализации и уязвимость женщин*

Некоторые женщины рассказывают в интервью о том, что они не обсуждают вопросы предохранения с гинекологами, или не следуют их советам, или используют средства, которые не требуют медицинского совета/вмешательства. Такое отношение к медиализации контрацепции может приводить к непредсказуемым последствиям, включая ИППП, незапланированные и нежелательные беременности, аборт. В результате женщины обвиняют себя в рискованном поведении или принимают его последствия как свою судьбу [Темкина, 2012].

Одним из последствий медиализации является реинтерпретация рисков и предпочтение – в духе традиции – натуральных мето-

дов предохранения. Однако такие процессы характерны не только для российской (советской) традиции. Аналогично, например, в Италии «женщинам приходится защищать свои тела и фертильность от множественных рисков. Использование “естественной” контрацепции воспринимается как один из возможных способов защиты» [Gribaldo, Judd, Kertzer, 2009. P. 551]. Как показывают исследователи, многие женщины (в том числе принадлежащие к среднему классу) считают современные технологические средства нездоровыми, ненатуральными, вредными [Gribaldo, Judd, Kertzer, 2009. P. 561–562].

Наши информантки приводят следующие аргументы в пользу предпочтения традиционной контрацепции. *«Уровень гормонов, которые содержатся в таблетках, добавляются плюс к твоим собственным гормонам, что также в целом не вполне хорошо для организма»* (Марина, 27 лет). Марина иногда используют кондомы, часто – прерванный половой акт. *«Я думаю, что все это влияет плохо на печень, пищеварительный тракт (смеется) опять же, вообще искусственное изменение гормонов в организме это плохо ... возможно, это дилетантские какие-то понятия»*. У женщины есть опыт незапланированной беременности. Оксана, как правило, не использует контрацепции, за исключением презервативов в отдельных случаях (Оксана, 27 лет). Некоторые женщины не планируют беременность, полагая, что рождение детей (время, число) должно быть спонтанным. Планирование беременности для других женщин, является, скорее, абстрактной идеей, а не конкретными практически действиями. Женщины допускают беременность, даже если конкретно не планируют ее [Gribaldo, Judd, Kertzer, 2009. P. 565].

При этом в интервью женщины выражают неопределенность и неуверенность, они ищут слова для описания своего опыта и аргументы для его оправдания. Иногда не вполне понятно, какой способ они используют (по сравнению с современными средствами, которые легко идентифицируются женщинами как способ предохранения). Контрацепцию трудно обсуждать во взаимодействии и с врачом, и с интервьюером. Молодая женщина, которая легко ведет беседу на другие темы, пытается найти слова:

Тоже все такое, такой... как сказать, не знаю, мне так неудобно об этом спрашивать у врача, ну как не знаю. Вот. ну и не знаю, ну как-то... пока классический способ как бы самый... Она (врач) просто спрашивала: «Предохраняетесь?». – Я говорю: «Да». Ну и все как бы. Она... она мне, по-моему, говорила, что есть какие-то вот какие-то там таблеточки или еще че-то, давала брошюрку, но я не... не слушалась ее (Лена, 22 года).

Испытывают затруднения и другие информантки:

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

О: Вопрос контрацепции решается просто, ужасно просто.

В: Каким образом?

О: (со смехом) Презервативами он решается. Ну или никак не решается. Да. (Марина, 27 лет).

Для современной медицины контрацепция – это рутинная практика, которая должна открыто обсуждаться с пациентками. Однако некоторые женщины относят эти практики к сфере интимной жизни, не подлежащей публичному обсуждению и затрудненной для обсуждения с партнером или медицинским специалистом [Мейлахс, 2009].

Если женщины используют традиционные методы или кондомы, у них нет необходимости в медицинском контроле. Некоторые женщины используют календарный метод или прерванный половой акт и обеспечивают этим эффективное предохранение. Они предпочитают не говорить о своих контрацептивных предпочтениях врачам, поскольку не хотят быть обвиненными медиками в некультурности и безответственности. Женщины боятся давления и грубого обращения со стороны врачей, которые они ассоциируют с «советским типом» медицинских взаимодействий:

И мне одна подруга сказала, что у нее есть одна знакомая врач, к которой она ходила – так себе, ну такая, она сказала, что одна в возрасте, она постоянно начинает кричать там, типа, вот, вы то, что живете уже такой жизнью, типа вы вообще о себе не думаете (Лена, 22 года).

Такие женщины признают то, что находятся в ситуации риска: *«Наверное, я вообще без мозгов. Мы даже не пользовались презервативами. И таблетки я не пила... Это было как раз время, когда прям писк СПИДа, вот этого всего»* (Катя, 21 год). Они часто используют экстренную контрацепцию, делают тесты на ИППП, обращаются к врачам, чтобы совладать с последствиями рисков в случае заболеваний или незапланированной беременности. Позиция этих пациенток уязвима и с их точки зрения, и с точки зрения врачей. Недостаток доверия к медицине, сложности организации посещения врача, финансовые трудности также образуют барьеры для взаимодействия с гинекологами.

## Дискуссия и заключение

В данном исследовании фокус делается на медикализацию современной контрацепции во взаимодействиях гинекологов и их пациенток. Наши данные показывают, что медикализация имеет двойственный эффект. С одной стороны, женщины получают новые возможности управлять своей репродуктивной жизнью. Экспертные системы медицины обеспечивают знанием и продвигают практики, которые не были распространены в советское время и которые не одобряются современными консервативными акторами, противодействующими сексуальному образованию, планированию семьи, доступу к абортам и отчасти к контрацепции.

С другой стороны, медикализация контрацепции представляет собой процесс усиления контроля женского тела и опыта, производящего дискурс истины вокруг «правильного» – регулируемого и планируемого репродуктивного и сексуального поведения, здоровья, материнства и дисциплинированного индивида.

Профессиональный дискурс и практики гинекологов связывают вопросы контрацепции и репродуктивного здоровья. Врачи настаивают на предохранении в целях планирования беременности и избежания нежелательных беременностей. Тестируя состояние здоровья женщины и определяя разные параметры статуса, врачи предписывают наиболее подходящий метод, преимущественно гормональные таблетки (средства) молодым нерожавшим женщинам, ВМС – женщинам, имеющим детей и состоящим в моногамных отношениях, презервативы – женщинам, имеющим многочисленных партнеров. Эта классификация располагает женщин в определенные кластеры, за пределами которых остаются разнообразные ситуации и их динамика, жизненные стили и потребности.

Различные методы производят различные техники дисциплинирования женщин в отношении репродуктивного здоровья под медицинским надзором: систематический контроль врача при использовании ВМС, систематический самоконтроль и самодисциплина при использовании гормональных таблеток. Использование презервативов и предохранение от ИППП не является фокусом внимания гинекологов, они рекомендуют использовать более надежные и более контролируемые средства планирования семьи по сравнению с кондомиами.

Идеал ответственной дисциплинированной женщины в моногамных отношениях, ориентированной на планирование беременности и деторождения, представлен в гинекологических практиках и учебной литературе. Такая позиция усиливает формирование нелиберальной субъектности, связанной с ответственностью, выбо-

ром, свободным информированным принятием решения в сфере репродукции под контролем экспертных институтов. Как показывают исследования репродуктивного выбора в Северной Америке, медицинские практики вносят вклад в формирование модели «субъектности, которая подчеркивает рациональность и самодисциплину как управляющие принципы» [Ruhl, 2002. P. 642]. Современный индивид – «это продукт либеральной и неолиберальной парадигм, которые предполагают активного агента (agency), свободную волю, ответственность и рациональный интеллект». В соответствии с критической феминистской позицией «желаемая беременность предстает продуктом либеральной парадигмы... Связь либеральной мысли и планируемой беременности основывается на либеральных теориях субъектности» [Ruhl, 2002. P. 642]. Планирование предполагает ответственность, рациональность, расчет, индивидуализм, разум, самодисциплину, саморегуляцию и свободный выбор. Женщины интериоризируют «парадигму ответственности», в которую включается продуманность и планирование репродуктивного поведения [Ruhl, 2002. P. 645]. Соответственно, современная контрацепция становится решающей. Использование гормональных таблеток – образец либерального подхода к репродукции как выбираемого и контролируемого женщиной.

Однако, как показывают феминистские авторы, такой взгляд оставляет без внимания особенности женского опыта, а также тот факт, что сам выбор для женщины становится принудительным [Granzov, 2007].

Тактики дисциплинирования либерального индивида женского пола и формирования его субъектности как ответственной в отношении репродуктивного выбора являются различными применительно к разным моделям поведения. *Ответственные женщины* выступают объектами детального медицинского тестирования и субъектами самодисциплинирования в использовании контрацепции, планирования беременности и здоровья. *Неграмотные или беззаботные женщины* являются объектом медицинского просвещения, воздействия и принуждения. Дисциплина в сфере репродуктивного здоровья основывается на усвоении медицинского знания и обязательствах в отношении себя. Предполагается, что женщины должны сами отвечать за свое репродуктивное здоровье. Однако врачи сталкиваются с вызовом со стороны институциональных ограничений и со стороны требовательных пациенток. *Взыскательные пациентки*, осуществляя свой собственный выбор, проблематизируют власть профессионалов и профессиональных институтов. Тактики контроля и дисциплины становятся переговорными, так же как и приемлемость медицинского знания.

Медикализация контрацепции является противоречивым процессом. Она подчиняет женщину медицинскому надзору, однако на разных уровнях он осуществляется по-разному. На уровне профессионального дискурса контрацепция медиализирована, на уровне взаимодействий врача и пациентки осуществляется дисциплинирование, однако это происходит не всегда. Гинекологи не так часто поднимают вопрос о контрацепции, они не осуждают (хотя и не приветствуют) непланируемые беременности и традиционные средства предохранения. На уровне действия агента формируются разные стратегии и субъектности в отношении медиализации предохранения. Один модус субъектности связан с усвоением правил, переведенных на уровень постоянного самодисциплинирования. Однако практики не полностью задаются институциональными рамками, медицинской властью и знаниями. В другом модусе женщины не доверяют врачам, верифицируют советы экспертов, проводят мониторинг ситуации и самомедиализируют репродуктивное здоровье и контрацепцию. Граница между профессиональным и повседневным дискурсами становится транспарентной. Женщины могут самоназначать себе, например, гормональные средства, которые не требуют рецепта врача в России. Еще один модус – закрытие своей интимной сферы и ограничение доступа в нее экспертной системы. В этой ситуации женщины полагаются на практический опыт и менее медиализированные методы предохранения. Происходит реинтерпретация рисков, однако в ситуации доминирования медицинского знания такое поведение ставит агентов в уязвимую позицию, подтверждая режим истины, производимой медицинским знанием.

Исследование показывает и то, что контроль контрацептивного поведения гендерно маркирован. «Правильное» поведение мужчин, их отношение к репродуктивному и сексуальному здоровью не находится в фокусе внимания гинеколога. По умолчанию контрацепция и репродуктивное здоровье рассматриваются как «женский вопрос», от женщины ожидается ответственность и дисциплина под медицинским наблюдением. Конструкция женской субъектности в профессиональном медицинском дискурсе и практиках поддерживает гендерную границу.

### **Описание полевых данных**

Лена, 22 года: высшее образование, замужем, планируется беременность.

Зоя, 23 года: высшее образование, замужем, детей нет.

Ольга, 25 лет: высшее образование, замужем, ребенок.

Катя, 21 год: студентка, постоянные и временные партнеры.

Полина, 23 года: высшее образование, замужем, беременная.

Елена, 24 года: высшее образование, сожительство, детей нет.

Вера, 24 года: высшее образование, разные партнеры, в настоящее время – сожительство, детей нет.

Оксана, 27 лет: высшее образование, разные партнеры, в настоящее время – постоянный, детей нет.

Марина, 27 лет: высшее образование, разведена, есть постоянный партнер, детей нет.

### **Список источников**

*Айламазян Э.К.* Акушерство: учебник для медицинских вузов. 4-е изд., доп. СПб.: СпецЛит, 2003.

*Айламазян Э.К.* Гинекология: учебник для медицинских вузов. СПб.: СпецЛит, 2008.

*Бороздина Е.* Беременность и практическое знание женщин // Практики и идентичности: гендерное устройство / под ред. Е. Здравомысловой, В. Пасынковой, А. Темкиной, О. Ткач. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2010 (Гендерная серия; Вып. 1). С. 235–257.

*Бороздина Е.* Медицинская помощь беременным: в поисках заботы // Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы: сб. статей / под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2012 (Гендерная серия; Вып. 3). С. 54–84.

*Герасимова М.* Статус пациентки и гендер врача в медицинском взаимодействии // Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы: сб. статей / под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2012 (Гендерная серия; Вып. 3). С. 102–128.

*Гинекология:* учебник / под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.

*Гинекология:* учебник / под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2011.

*Грицюк В.И., Гуркин Ю.А.* Настольная книга гинеколога: справ. СПб.: Диля, 2003.

*Голота В., Бенюк В.* Гинекология. М.: Медпресс-Информ, 2005.

*Демографическая модернизация России: 1990–2000 / под ред. А. Вишневого. М.: Новое издательство, 2006.*

*Денисов Б., Сакевич В.* Планирование семьи в трех славянских странах // Демоскоп weekly. 2012. № 505–506 // <http://demoscope.ru/weekly/2012/0505/tema01.php>

*Захаров С., Сакевич В.* Особенности планирования семьи и рождаемость в России: контрацептивная революция – свершившийся факт? // Ро-



дители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе / под науч. ред. Т.М. Малеевой, О.В. Синявской. М.: НИСП, 2009. Вып. 1. С. 127–171.

*Здравомыслова Е., Темкина А.* Доверительное сотрудничество во взаимодействии врача и пациентки: взгляд акушера-гинеколога // Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы: сб. статей / под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2012 (Гендерная серия; Вып. 3). С. 23–53.

*Здравомыслова Е., Роткирх А., Темкина А.* Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. Вып. 17. С. 313–345.

*Здравомыслова Е., Пасынкова В., Темкина А., Ткач О.* Практики и идентичности: гендерное устройство. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2010 (Гендерная серия; Вып. 1).

*Кон И.* Клубничка на березке: Сексуальная культура в России. М.: Время, 2010.

*Красильникова Д.* На приеме у гинеколога: «техническая» и «персонализированная» модели исполнения роли врача // Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы: сб. статей / под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2012 (Гендерная серия; Вып. 3). С. 84–101.

*Лариваара М.* Моральная ответственность женщин и авторитет врачей: взаимодействия гинекологов и пациенток // Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности / под ред. Е. Здравомысловой, А. Роткирх, А. Темкиной. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. Вып. 17. С. 313–345.

*Мейлахс Н.* Неслышные переговоры: выбор способа предохранения и отношения между партнерами // Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности / под ред. Е. Здравомысловой, А. Роткирх, А. Темкиной. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. Вып. 17. С. 346–372.

*Одинцова Д.* «Культурная пациентка» глазами гинеколога // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине / под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. С. 234–253.

*Сакевич В.* Перейдет ли Россия от аборта к планированию семьи // Демоскоп Weekly. 2011а. № 465–466 // <http://demoscope.ru/weekly/2011/0465/tema06.php>.

*Сакевич В.* Основные поправки в закон об охране здоровья касаются абортгов // Демоскоп Weekly. 2011б. № 483–484 // <http://demoscope.ru/weekly/2011/0483/repro01.php>.

*Снарская О.О.* Сексуальное образование как сфера производства гендерных различий и конструирования представления о «нации» // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине: сб. статей. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009 (Труды факультета политических наук и социологии; Вып. 18). С. 51–90.

- Соломатина Т.* Акушер-Ха! М.: Яуза-пресс, 2011.
- Суслопаров Л.* Гинекология. Современный справочник. М.: АСТ; СПб.: Сова, 2009.
- Темкина А.* Сексуальная жизнь женщины: между свободой и подчинением. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2008.
- Темкина А.* Контрацептивные практики российских женщин: (без)опасность и медиализация // Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы: сб. статей / под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2012 (Гендерная серия; Вып. 3). С. 210–240.
- Фуко М.* Рождение клиники. М.: Смысл, 1998.
- Фуко М.* Надзирать и наказывать / пер. с фр. В. Наумова; под ред. И. Борисовой. М.: Ad Marginem, 1999.
- Фуко М.* Использование удовольствий // История сексуальности. Т. 2 / пер. с фр. В. Каплуна. СПб.: Академический проект, 2004.
- Arney W.R.* Power and the Profession of Obstetrics. Chicago: Univ. Chicago, 1982.
- Bledsoe C.* Contraception and "Natural" Fertility in America // Population and Development Review, Vol. 22. Supplement: Fertility in the United States: New Patterns, New Theories, 1996. P. 297–324.
- Conrad P.* Medicalization and Social Control // Annual Review Sociology. 1992. 18. 209–232.
- Conrad P.* The Shifting Engines of Medicalization // The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives / ed. by P. Conrad. NY: Worth Publishers, Brandeis University, 2009. P. 480–492.
- Gal S., Gail Kligman G.* The Politics of Gender after Socialism: A Comparative-Historical Essay. Princeton: Princeton University Press, 2000.
- Gerber T., Berman D.* Heterogeneous Condom Use in Contemporary Russia // Studies in Family Planning. 2008. 39 (1). P. 1–17.
- Granzow K.* De-Constructing 'Choice': The Social Imperative and Women's Use of the Birth Control Pill // Culture, Health & Sexuality. 2007. 9 (1). P. 43–54.
- Gribaldo A., Judd, M., Kertzer D.* An Imperfect Contraceptive Society: Fertility and Contraception in Italy // Population and Development. 2009. 35 (3). P. 551–584.
- Freidson E.* Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Chicago and London, University of Chicago press, 1970.
- Birth Control and Controlling Birth Women-Centered Perspective* / ed. by H. Holmes. Clifton, NJ: Humana Press Inc, 1980.
- Lock M.* New Japanese Mythologies: Faltering Discipline and the Ailing Housewife // American Ethnologist. 1988. 15 (1). P. 43–61.
- Lock M.* The Tempering of Medical Anthropology: Troubling Natural Categories // Medical Anthropology Quarterly, New Series. 2001. 15 (4). Special Issue: The Contributions of Medical Anthropology to Anthropology and Beyond. P. 478–492.

*Larivaara M.* Pregnancy Prevention, Reproductive Health Risk and Morality: a Perspective from Public-Sector Women's Clinics in St. Petersburg, Russia // *Critical Public Health*. 2010. 20 (3). P. 357–371.

*Larivaara M.* “A Planned Baby Is a Rarity”: Monitoring and Planning Pregnancy in Russia // *Health Care for Women International*. 2011. 32:6. P. 515–537.

*Lupton D.* *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage, 1994.

*Miles M.B., Huberman A.M.* *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcesbook* Thousand Oaks. London, New Delhi: Sage Publications, 1994.

*Mechanic D.* Changing Medical Organization and the Erosion of Trust // *The Miliband Quarterly*. 1996. Vol. 74. № 2. P. 171–189.

*Medley-Rath S.R., Simonds W.* Consuming Contraceptive Control: Gendered Distinctions in Web-Based Contraceptive Advertising // *Culture, Health & Sexuality*. 2010. 12 (7). P. 783–795.

*Oakley A.* *The Captured Womb*. Oxford: Basic Blackwell, 1984.

*Perelman F., McKee M.* Trends in Family Planning in Russia, 1994–2003 // *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2009. 941 (1). P. 40–50.

*Rabinow P., Rose N.* *Biopower Today* // *BioSocieties*. 2006. 1. P. 195–217.

*Rapp R.* Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory // *Medical Anthropology Quarterly*. 2001. New Series. 15 (4). Special Issue: The Contributions of Medical Anthropology to Anthropology and Beyond. P. 466–477.

*Rivkin-Fish M.* Pronatalism, Gender Politics, and the Renewal of Family Support in Russia: Toward a Feminist Anthropology of “Maternity Capital” // *Slavic Review*. 2010. 69 (3) P. 701–724.

*Rivkin-Fish M.* *Women's Health in Post-Soviet Russia: the Politics of Intervention*. Bloomington, IN: Indiana University Press, 2005.

*Rivkin-Fish M.* Sexuality Education in Russia: Defining Pleasure and Danger for a Fledgling Democratic Society // *Social Science & Medicine*. 1999. 49. P. 801–814.

*Regushevskaya E., Dubikaytis T., Nikula M., Kuznetsova O., Hemminki E.* Contraceptive Use and Abortion Among Women of Reproductive Age in St. Petersburg, Russia // *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2009. 41 (1). P. 51–58.

*Ruhl L.* Dilemmas of the Will: Uncertainty, Reproduction, and the Rhetoric of Control // *Signs*. 2002. 27 (3) P. 641–663.

*Temkina A., Zdravomyslova E.* Patients in Contemporary Russian Reproductive Health Care Institutions. Strategies of Establishing Trust // *Democratizatsiya*. 2008. 3 (3). P. 277–293.

*White K.* *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. Los Angeles and London: Sage, 2009.

*Zakharov S.* Russian Federation: From the First to Second Demographical Transition // *Demographic Research*. 2008. 19 (24). P. 907–972 // <http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol19/24/19-24.pdf>

*Zola I.K.* Medicine as an Institution of Social Control: The Medicalizing of Society // *Sociological Review*. 1972. 20. P. 487–504.