

# Критика

## КАК ЖИТЬ ПОСЛЕ СЕКСА? ГЕНДЕРНОЕ ЗДОРОВЬЕ В РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Здоровье и интимная жизнь: Социологические подходы:  
Сб. ст. / Под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.:  
Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2011  
(«Гендерная серия». Вып. 3). — 324 с.



СЛИ верить редакторам, то при завершении работы над сборником одна из соавторов угодила в больницу, где на себе испытала все, что буквально только что было объектом ее исследовательских процедур. В результате она «сделала вывод о коллапсе российской системы здравоохранения и кризисе собственной идентичности» (С. 6). Предлагаю впредь использовать именно этот эвфемизм вместо привычного простонародного выражения. Тем более что «кризис собственной идентичности» у интеллигентного гражданина Российской Федерации может возникнуть при столкновении практически с любым из институтов. Иногда кажется, что правоохранительные органы, социальные службы, разнообразнейшие госучреждения, армия, школа, вузы и товарищества собственников жилья созданы только для того, чтобы вызывать у человека ощущение глубокого кризиса персональной идентичности.

Впрочем, книга эта посвящена только одному из этих национальных институтов по «трансформации персональной идентичности», а именно медицине. Десять женщин описывают ужасы отечественной репродуктивной медицины и проблемы материнства. К слову, делают они это далеко не в первый раз. За последние несколько лет тем же кругом авторов был опубликован целый ряд социологических исследований по проблемам женского здоровья. Однако на этот раз — и этот факт выделяет книгу из серии предыдущих — авторы от исключительно описательных стратегий переходят к оценке образа национальной медицины через призму нормы.

Центральные публикации сборника основаны на проведенных в 2009–2010 годах исследованиях по гранту «Гендерное устройство частной жизни в российских регионах»<sup>1</sup>,

1. Грант № 080-1405. Координатор полевой

поддержанного Фондом Форда и корпорацией «Новартис». Глубинные интервью и включенное наблюдение проводились в крупных городах-миллионниках и региональных столицах, включая Москву, Петербург, Самару, Казань, Архангельск, а также Волгоград и Ульяновск. Таким образом, из круга исследования оказались исключены территории, которые по популярной ныне классификации географа Натальи Зубаревич<sup>2</sup> относятся ко «второй», «третьей» и «четвертой» «Россиям», то есть промышленные средние моногорода, малые города с примыкающими сельскими территориями и национальные республики Северного Кавказа и юга Сибири. Этот факт, очевидно, ограничивает проекцию выводов исследования на всю карту страны. Но если принять гипотезу о том, что в провинции с задержкой происходят те же процессы, что и в столицах, то названная проблема не кажется критичной. Тем более что книга посвящена не столько описанию статус-кво отечественной медицины, сколько анализу происходящих в ней трендов.

Авторов интересуют прежде всего «отношения между врачами и пациентами в сфере репродуктивного и сексуального здоровья» (С. 7). Затем интерес смещается в сторону «гендерной организации сексуальной и эмоциональной жизни молодежи» (Там же). Поскольку «в публичном и профессиональном дискурсе представления о сексуальном здоровье не являются однозначны-

работы в регионах — О. Ткач, руководители полевых исследований: О. Запорожец (Самара), Л. Сагитова (Казань), О. Поспелова (Архангельск).

2. См.: Зубаревич Н. Перспектива: Четыре России // Ведомости. 30.12.2011. № 248 (3014).

ми, зависят от способов репрезентаций, типов практик и переговоров между агентами» (С. 13), то исследователи вынуждены анализировать «гендерное конструирование сексуальной жизни и репродуктивного здоровья» (С. 14). Первый вывод, к которому приходят исследователи, состоит в том, что «для различных дисциплинарных дискурсов характерно продвижение либеральной идеи ответственности граждан за свое здоровье» (Там же).

Российская медицина, с начала 1990-х годов предоставленная самой себе и испытывающая хроническое недофинансирование, далеко ушла от старой советской модели. Это была традиционная для *welfare state* система всеобщего бесплатного медицинского обслуживания, за которой маячил образ тотальной мобилизации. В СССР эта система ассоциировалась с именем академика Николая Семашко. Несмотря на ее деструкцию, эта модель все еще остается неким институциональным идеалом, по которому система испытывает очевидную ностальгию. При этом старая система медицинского обслуживания задает нормативный горизонт оценки качества и доступности услуг, которому нынешняя государственная медицина по очевидным причинам не может соответствовать. Разрушенная советская медицина и формирующиеся на ее остатках при содействии рыночных механизмов новые практики медицинского обслуживания задают предметную рамку качественного социологического исследования группы Здравомысловой и Темкиной.

Исследование Здравомысловой и Темкиной встраивается в традицию описаний институтов в момент их трансформационной паузы. В частности, достаточно много

подобных исследований проводилось в Великобритании 1990–2000-х при лейбористах в период реформирования социальной сферы. Так или иначе, все они были встроены в политический дискурс, чего данному исследованию явно не хватает. Впрочем, это не вина авторов, а специфика конstellляции существующего в РФ публичного поля, где неясно, какими именно политическими игроками определены его границы и есть ли они вообще. Если бы публичная дискуссия по вопросам реформирования системы социальных услуг действительно существовала и могла влиять на государственные решения, то авторы вряд ли ограничились бы описанием лишь некоего одного позитивного фокуса, где пересекаются «проактивные стратегии» ушных пациентов и предприимчивых врачей под названием «забота».

Технологии «заботы» описываются врачами и пациентами как наиболее приемлемые для них. «Забота» возникает как желаемое, но недостижимое врачом состояние вне бюрократического давления или текучки пациентов. Для пациента же «забота» — это персонально уделяемое именно ему и бесконечно растягиваемое время приема врача. Идеалом такого рода медицинских услуг, вероятно, должна служить кушетка психоаналитика.

Основная проблема исследования в том, что оно опирается на анализ коммуникативных стратегий по линии врач–пациент, отесняя на периферию — преимущественно негативную — другие характеристики коммуникации, например линию пациент–клиника и др. Как будто есть только двое в этом мире — врач и пациент с его хворями, а все остальное (кабинет, очередь за две-

рю, недоступные лекарства или дорогостоящее оборудование) осталось где-то там, в другом мире, откуда, как из ада, временами доносятся стоны и зубной скрежет.

Модель «заботы», пришедшая столь по душе авторам исследования, возникает не только как эффект деструкции старой системы здравоохранения, по сравнению с которой она выглядит откровенно коррупционной. Она возникает как стратегия принципиальной отмены институциональной рамки, поскольку «забота» лечит уже самим своим фактом, оказываясь по ту сторону каких бы то ни было систем оценки эффективности. Она эффективна в-себе. И теряет возможность легитимного отличия от так называемой нетрадиционной медицины.

Модель «заботы» возникает там, где ресурсы государственной социальной сферой оказываются исчерпаны, либо там, где доминируют консервативные практики институционального доверия, за которыми прячутся обыкновенные корпоративные интересы. Заботливый врач вполне может эксплуатировать доверие пациента, предоставляя ему крайне некачественные услуги. Тогда как пациент не будет иметь никаких способов опознать такое положение дел, сходя во гроб с улыбкой на устах и благодарностью за «заботу».

Между тем существует довольно диверсифицированный список различных моделей управления социальной сферой. Часть эти модели уходят корнями в различные спонтанно складывающиеся практики, отчасти — в спорадические попытки государства навести хоть какой-то порядок. Патерналистской модели Семашко и ее девиации в виде «заботы», в которой медицина отдана на откуп корпоративным интере-

сам провайдера услуг, противостоит внедряемая в российскую социальную сферу модель показателей. Данная модель крайне раздражает корпорацию, поскольку разрушает ее автономию. Корпорация данную модель тихо саботирует, что выливается в низкое качество услуг и очковительство при предоставлении результатов деятельности врачей и лечебно-профилактических учреждений.

Параллельно бюрократической системе показателей существует модель голоса, или обратной связи. В РФ она известна большей частью в связи с GR, однако некоторые ее фрагменты проявляются и в сфере здравоохранения, в частности в виде конфликтов, один из которых мы наблюдали в 2011 году между министром Татьяной Голиковой и главой НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Леонидом Рашалем. Проблема с внедрением этой модели состоит в том, что корпоративный голос слышен лучше, чем несистематизированный и слабо представленный в законодательстве всех уровней голос потребителя качественных (скорее, чем доступных) медицинских услуг.

Собственно либеральная модель, переход к которой подразумевает реформаторский курс профильных министерств, основывается на праве выбора и конкуренции, что мо-

жет существенно подорвать статусы членов корпоративного мирка врачей, но одновременно превратит медицинские услуги в одни из самых дорогостоящих и наименее доступных из всего социального спектра.

Гендерная специфика исследования группы Здравомысловой и Темкиной оставила в стороне разнообразие моделей менеджмента медицинских услуг, сосредоточившись только на одной из версий модели экспертного доверия (модель «заботы»). Разумеется, лишь в порядке шутки можно предположить, что предпочтение этой модели оказалось не более чем проекцией доверительной дистанции, которая возникает между социологом и респондентом, тем более в секторе услуг с высокой долей женского персонала. Однако рецензенту-мужчине, который с крайним любопытством знакомится с каждой новой книгой по гендерным исследованиям, публикуемой ЕУ СПб, тоже хочется оставить за собой право требовать внимания врачей. Того самого, которым они с радостью делятся с коллегами и любимыми пациентками. И именно того, которое они обязаны оказывать в соответствии с институциональными нормами, а не размерами букета цветов или толстой конверта.

*Вячеслав Данилов*

## ВТОРОЕ ПРИШЕСТВИЕ МИФА

*Светлана Неретина, Александр Огурицов. Реабилитация вещи. СПб.: Мирь, 2010. — 800 с.*

При чтении работ некоторых современных российских философов иногда бывает трудно избавиться от ощущения, что авторы сознатель-

но что-то недоговаривают. С одной стороны, бурный поток информации (исторические экскурсы, обильное цитирование перво- и второис-