Статьи. Исследования

Екатерина А. Бороздина
Европейский университет в Санкт-Петербурге, Россия

Логики оказания медицинской помощи и телесное измерение доверия в медицинских взаимодействиях

В статье анализируются разные логики организации медицинской помощи в российском родовспоможении. В фокусе внимания находятся отношения доверия между принимающим роды специалистом и будущей матерью, в особенности телесное измерение этого доверия. Многие исследователи отмечают кризис институционального доверия в российской медицине. В рамках неолиберальной логики, логики выбора, этот кризис преодолевается за счет «покупки» гражданином-потребителем (чаще всего высокообразованным и состоятельным) персонализированного внимания профессионала. В рамках логики заботы, которая ассоциируется с «естественным» подходом к родам, доверие обретает телесное измерение. Важной становится тщательная подготовка к рождению ребенка. Для того чтобы акушерка и будущая мать были уверены, что женщина сможет «родить сама» (без излишних вмешательств), требуется серьезная предварительная работа обеих сторон.

Второй составляющей доверительных отношений выступает практическое доверие между клиенткой и ее индивидуальной акушеркой. Первая не просто покупает персонализированный сервис: в результате продолжительного (в течение нескольких месяцев) взаимодействия акушерка и ее клиентка узнают, как каждая из них ведет себя в разных ситуациях. Таким образом, помимо идеологического аспекта модель «естественных родов» имеет значимые практические отличия от господствующей в России, сугубо медицинской модели. Роды в данном случае *делаются* по-разному. В статье также отмечаются проблемы, возникающие при совмещении данных логик в работе одного учре-

Бороздина Елена Александровна — кандидат социологических наук, доцент Европейского университета в Санкт-Петербурге. Научные интересы: социология медицины, социология профессий, гендерные исследования. E-mail: eborozdina@eu.spb.ru
Ekaterina A. Borozdina — PhD in sociology, assistant professor at European University at St. Petersburg. Research interests: sociology of medicine, sociology of professions, gender studies. E-mail: eborozdina@eu.spb.ru

ждения. В теоретическом плане исследование опирается на работы нидерландского философа Аннемари Мол. Его эмпирическую основу составляют интервью с медицинским персоналом и роженицами, проведенные автором в четырех российских роддомах.

Ключевые слова: родовспоможение, естественные роды, забота, доверие

Ekaterina A. Borozdina, European University at St. Petersburg, Russia
Logics of health care and embodied trust in medical encounters

The article analyzes different logics of organization of medical care in Russian obstetrics. The attention is focused on trust relationship between healthcare professionals and a mother to be, and particularly, on the bodily dimension of such trust. Many researchers note the crisis of institutional trust in Russian medicine. Within the frame of neo-liberal logic, i.e. the logic of choice, citizen-consumers (usually, from highly educated and wealthy background) address this crisis by the purchasing personalized attention of the medical professional. Within the logic of care, which is associated with the "natural" approach to childbirth, trust becomes embodied. Careful preparation for the birth of a child gains special importance. To ensure that a woman will be able to "give birth by herself" (without undue intervention), the midwife and the expectant mother accomplish serious extensive work preparing her body for labour. The other component of the trust relationship is the practical trust between a client and her individual midwife. As a result of a prolonged (during several months) interaction, the midwife and her client get to know how each of them behaves in different situations. Thus, in addition to the ideological aspect, the "natural childbirth" model incorporates practical differences from the purely medical model, which is prevalent in Russia. Delivery in these two cases *is produced* in different ways. The paper relies on the works of the Netherland philosopher Annemarie Mol. Empirical basis is constituted by interviews with medical personnel and mothers from four Russian maternity hospitals.

Keywords: maternity care, natural childbirth, care, trust

doi: 10.22394/2074-0492-2017-3-82-102

Медицинская помощь связана с высоким уровнем неопределенности. Результат лечения зависит от множества разнородных факторов и поэтому не может быть гарантирован. Обыватели не имеют достаточных знаний, чтобы объективно оценить компетентность врача или эффективность предлагаемой терапии. Само развитие медицинских технологий создает новые риски и новые моральные дилеммы. В ситуации, где рациональное планирование не обеспечивает достаточной предсказуемости, особенно важным становится доверие. Доверие — к институту или конкретному человеку — вносит предсказуемость во взаимодействия, помогает ре-

шить, как поступать в условиях, когда для обоснованного суждения недостаточно информации, а просчитать все варианты развития событий невозможно [Lewis, Weigert, 1985].

Социологи медицины часто обсуждают то, как доверие достигается и утрачивается в отношениях между пациентами и медиками [Mechanic, 1996; Kuhlmann, 2006]. Однако, несмотря на очевидный факт, что и врачебная практика, и поведение пациентов в значительной степени телесны, телесное измерение доверия оказывается исключенным из социологических исследований [Beasley, Bacchi, 2007; Brown et al., 2011]. В настоящей работе мы обращаемся к этому аналитическому пробелу.

Наше внимание будет сосредоточено на родовспоможении — области медицины, где доверие проблематизируется особенно часто в силу «двойного» риска (для здоровья матери и здоровья ребенка) и гендерной сенситивности, связанных с данной сферой [Здравомыслова, Тёмкина, 2009]. На примере российского родовспоможения мы разберем, что такое телесное измерение доверия и как оно представлено в разных моделях медицинской помощи.

В теоретическом плане исследование опирается на концепцию онтологической политики, сформулированную нидерландским философом Аннемари Мол [Mol, 2002, 2008]. Суть этого подхода состоит в стремлении исследовать реальность не как нечто неизменное, а как то, что постоянно производится посредством практик и каждый раз может производиться по-разному. Медицина здесь рассматривается в качестве конгломерата различных логик, каждая из которых по-своему определяет объекты (болезнь, врача, пациента) и стратегию работы с ними. Эти логики, среди которых центральными, по мнению Мол, являются логика заботы и логика выбора, задают то, какой именно вариант реальности будет в итоге построен. В представленном тексте мы проследим логики интерпретации и организации медицинской помощи применительно к родовспоможению, а также рассмотрим, как производится доверие между пациентами и врачами в каждой из этих логик.

Эмпирическую основу статьи составляют полуструктурированные интервью с врачами, акушерами-гинекологами и акушерками, собранные в четырех российских роддомах — в Волгограде (N=6), Смоленске (N=13) и двух роддомах Санкт-Петербурга (N=17). Три учреждения представляют собой «обычные» государственные роддома, где практикуется конвенциональная помощь в родах, предполагающая значительные медицинские вмешательства. В одном из петербургских роддомов исследование проводилось в центре акушерского ухода, где практикуется «естественный» подход к родам. В дополнение к интервью с персоналом центра проводились интервью с его клиентками (N=15). Все материалы собраны в период с 2014 по 2016 г.

Определяя родовспоможение: контроль, выбор и забота в родах

Контроль, выбор и забота — вот, пожалуй, ключевые категории, при помощи которых в академической литературе описываются взаимодействия беременных и рожениц с медициной. Что касается первой из этих категорий, то, по мнению некоторых социологов, всю историю отношений медицины и пациенток можно описать как историю борьбы за контроль над женским репродуктивным опытом [Тёмкина, 2014]. Принято считать, что в XX в., когда в индустриальных странах роды «медикализируются» (начинают рассматриваться как медицинская проблема) и «госпитализируются» (правильным местом для родов становится больница), контроль над репродукцией переходит от женщин и их семей в руки профессионалов-медиков [Oakley, 1984]. Научное медицинское знание, которым обладают последние, признается авторитетным, т.е. именно оно, а не переживания рожениц, воспринимается в качестве источника достоверных данных и служит основанием для принятия решений в родах [Jordan, 1997]. Эта позиция подвергается критике со стороны феминистских исследователей. Они указывают на то, что вмешательство медиков в роды патологизирует данный процесс, уменьшает возможность матери самой его контролировать и отчуждает женщину от опыта, который мог бы сделать ее сильнее (*empowering experience*) [Graham, Oakley, 1979; Fox, Worts, 1999].

Однако, становясь идеологически нагруженным, вплетенным в феминистскую повестку, понятие контроля над родами превращается в модное слово с неясным значением. Как показывают американские исследователи Эмили Немей и Энн Лаерли, спектр того, что понимается под «контролем в родах», простирается от способности роженицы сдерживаться во время схваток (например, не кричать) до установления доверительных отношений со специалистом, ведущим роды. Это разнообразие трактовок заставляет авторов усомниться в том, что «контроль» в действительности может быть использован как аналитическая категория при изучении медицинской помощи [Nemey, Lyerly, 2010].

Категория выбора возникает в академической литературе в связи со стремлением перевести «контроль» на язык неолиберального гражданства: женщина способна контролировать роды постольку, поскольку она может осуществлять выбор в сфере родовспоможения. Простая дихотомия наличие/отсутствие контроля переосмысляется как набор разнообразных моделей родов, из которых будущей матери нужно определить наиболее для себя подходящую. Ассортимент моделей включает разные варианты, предлагаемые господствующим медикализированным родовспоможением, а также альтернативные

«естественные» подходы к родам [Lazarus, 1994; Viisainen, 2001; Beckett, 2005]. Чтобы быть хорошими матерями и гражданами, женщины должны соблюдать строгий режим (репродуктивный аскетизм), оценивать риски для собственного здоровья и здоровья ребенка и уметь ориентироваться в указанных моделях [Lupton, 2016; McCabe, 2016].

Выбор той или иной модели доступен прежде всего состоятельным пациенткам с высоким уровнем образования — они лучше осведомлены о существующих вариантах помощи в родах и обладают финансовыми ресурсами, чтобы реализовать свои предпочтения [Lazarus, 1994; Craven, 2007]. Неолиберальный гражданин в академической литературе все чаще отождествляется с потребителем — на страницах текстов возникает своеобразный гибрид «гражданин-потребитель» [McCabe, 2016]. Женщины выступают уже не в роли объекта врачебных манипуляций и послушных исполнителей рекомендаций доктора, но в первую очередь в качестве рефлексивных покупателей, действующих в рамках маркетизированного здравоохранения [Zadoroznyj, 2001].

Третья из интересующих нас категорий — забота — в этой ситуации оказывается одним из сервисов, который пациентки могут получить в дополнение к собственно медицинской помощи. Забота трактуется в либеральном духе как определенная физическая и эмоциональная работа, услуга, право на получение которой входит в набор социальных прав гражданина [Knijn, Kremer, 1993; Kremer, 2007]. Исторически такая забота реализовывалась в рамках семьи, но в современных обществах происходит ее профессионализация и институционализация: забота предоставляется в публичном пространстве в рамках государственных и рыночных сервисов, в том числе и в сфере здравоохранения [Davis, 1995; Мельникова, 2014]. Не обладая профессиональными знаниями по акушерству и гинекологии, большинство женщин делают акцент именно на заботе при оценке качества акушерской помощи и ориентируются на данный параметр при выборе места родов и специалиста, который их будет вести [Темкина, 2016].

Хотя описанный выше взгляд на контроль, выбор и заботу доминирует в современной социологической литературе о родовспоможении, некоторые авторы на основании эмпирических исследований отмечают связанный с ним парадокс: с одной стороны, опрошенные женщины говорят о необходимости все контролировать в родах, с другой стороны, они же подчеркивают принципиальную невозможность это делать [Nemey, Lyerly, 2010; Темкина, 2016, p. 95].

В более общем виде эта проблема рассматривается философом Аннемари Мол [Mol, 2008]. С позиции акторно-сетевой теории она показывает ограничения неолиберальной логики в здравоохранении. В книге «Логика заботы: здоровье и проблема пациентского выбо-

ра», посвященной тому, как люди, живущие с диабетом, взаимодействуют с медициной, автор обращается к уже знакомым нам категориям — контролю, выбору и заботе. Однако включая тело (и шире материальный мир) в свой анализ, Мол предлагает отличное от неолиберальной трактовки понимание каждой из этих категорий.

Она начинает с утверждения, что борьба за контроль во взаимодействии — не самое важное в отношениях врача и пациента. Последний страдает в первую очередь не из- за неравного распределения власти или недооцененности своего опыта, но из- за плохого состояния здоровья, реального телесного дискомфорта, физической боли [Mol, 2008, p. 40]. Обращение в данной ситуации к категории выбора — рационального и рефлексивного — вызывает сомнения. Будь такой выбор возможен, предпочтительный вариант и для медиков, и для их клиентов, был бы очевиден — безупречное состояние здоровья, нормальный уровень сахара в крови или, как в интересующем нас случае, благополучные физиологические роды, без осложнений и необходимости медицинских вмешательств. Но именно то, что действительно значимо, невозможно «выбрать» заранее. Поведение тела до конца не предсказуемо, и соответственно желаемый результат не может быть гарантирован никакими контрактными обязательствами. Его нельзя получить по праву гражданства или купить [Мол, 2008].

Еще одна опорная точка, которую предлагает нам Мол для понимания телесной ипостаси пациента, — тезис о том, что тело не данность, не обособленный объект, на который мы только смотрим со стороны, с перспективы врача или с перспективы пациента. Тело вовлечено в медицинские взаимодействия; можно сказать, что оно производится в ходе них и, что важно, может производиться разными способами [Mol, 2002]. Применительно к акушерской помощи это означает, что основной вопрос состоит не в сосуществовании разных взглядов на роды и тело в родах (взгляд врача, акушерки, самой пациентки), а в том, что роды можно по-разному *делать* на практике [Akrich, Pasveer, 2000]. Краеугольным камнем родовспоможения является не борьба за приоритет медицинской или обывательской перспективы, не контроль или выбор, но то, что роженица, врач и/или другие помощники в родах работают вместе для достижения желаемого результата — обеспечения здоровья матери и ребенка.

Ключевое значение здесь приписывается заботе. Забота, по мнению Мол, — это не некий дополнительный сервис, который можно получить, апеллируя к социальным правам, или приобрести за деньги. Забота — это практическая логика, позволяющая пациенту, доктору и всем прочим вовлеченным, одушевленным и неодушевленным акторам, координировать усилия на пути к общей цели [Mol, 2008, p. 79–83], будь то оптимальный уровень сахара в крови или благополучное родоразрешение. В условиях высокой неопределенности,

когда организм может повести себя непредсказуемо, логика заботы представляет собой непрестанную настройку всех участников взаимодействия на ситуацию здесь и сейчас, чуткость к происходящему, сочетающуюся с постоянной работой, которая призвана возвращать отклоняющиеся процессы в благополучное русло. Пациент в данном случае выступает не пассивным адресатом заботы, но всегда — активным действующим лицом, тем, кто наблюдает за своим состоянием и сообщает об изменениях медику, принимает препараты и исполняет другие предписания. Забота реализуется как особый стиль, практическое искусство раз за разом приводить жизнь в равновесие.

Описанные подходы к контролю и заботе можно воспринимать исключительно в аналитическом смысле в качестве разных способов изучать медицину (и у́же, акушерство) с позиции социальных наук. Однако, следуя призыву Аннемари Мол, на них можно смотреть и как на разные логики организации современного здравоохранения — либеральную логику выбора и логику заботы [Mol, 2008].

Хотя система медицинских знаний о репродукции представляется чем- то единым, исследователи, работающие в русле акторно-сетевой теории, показывают, что на уровне повседневной работы в медицинских учреждениях производятся различные модели акушерской помощи — *множественное* акушерство [Akrich, Pasveer, 2000]. Далее мы рассмотрим, как в российском родовспоможении в рамках модели, ориентированной на выбор, устанавливаются отношения доверия и как обращение к логике заботы помогает интегрировать телесное измерение доверия в акушерскую помощь.

Доверие в российском родовспоможении: неолиберальная логика

Проблема доверия в российском здравоохранении, и в родовспоможении в частности, не раз обсуждалась социологами. Определяя эту проблему, они обычно говорят о кризисе институционального доверия: пациенты не верят в то, что любой медик готов достаточно хорошо исполнять свою профессиональную роль, а медики сомневаются в том, что пациенты готовы точно следовать их предписаниям. В качестве компенсации обе стороны стремятся к выстраиванию отношений персонализированного доверия, когда доверяют конкретному «своему» человеку, а не недружественной «системе» [Аронсон, 2006; Здравомыслова, Тёмкина, 2009; Rivkin-Fish, 2005].

С середины 2000-х годов власти, обеспокоенные падением рождаемости, провели ряд серьезных преобразований, касающихся родовспоможения. Озвученная цель реформ заключалась в том, чтобы сделать качественную медицинскую помощь доступной для всех категорий рожениц и повысить доверие граждан к институту. Ос-

новной вектор изменений был связан с внедрением неолиберальных принципов в работу медицинских учреждений. В соответствии с Федеральным законом « Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», женщинам гарантирована возможность родить «бесплатно» (по полису обязательного медицинского страхования) в государственном роддоме, который они сами выберут. В 2005 г. это право было дополнительно подтверждено программой родовых сертификатов. Логика программы состоит в том, что роддома получают дополнительное финансирование от государства за каждую роженицу. Таким образом, у учреждений должен возникать интерес к тому, чтобы совершенствовать качество услуг и привлекать больше клиенток. С 2011 г. в рамках программы модернизации было улучшено техническое оснащение роддомов, по всей стране построены высокотехнологичные перинатальные центры (63 центра в 2015 г.).

Однако исследования показывают, что, несмотря на эти изменения, женщины продолжают ассоциировать «бесплатную» медицинскую помощь, получаемую в государственных роддомах, с рисками для здоровья и эмоциональной уязвимостью [Темкина, 2016, 2017]. И если для советских матерей единственной стратегией выхода из данной ситуации и установления персонализированного доверия с врачом был поиск специалиста через знакомых [Rivkin-Fish, 2005], то для нового поколения женщин стала возможной «покупка» доверительных отношений и заботы.

Экономические реформы здравоохранения проявились в создании системы медицинского страхования и развитии рынка коммерческих медицинских услуг, игроками на котором стали как государственные, так и частные медицинские учреждения [Cook, 2014]. Этот набор изменений обусловил возникновение новых форм медицинской помощи в родах. Благодаря коммерциализации медицины требовательным и обеспеченным клиенткам оказались доступны разнообразные услуги в сфере родовспоможения и, в частности, возможность заключить контракт на роды с индивидуальным врачом (реже акушеркой) [Здравомыслова, Тёмкина, 2009; Тёмкина, 2017]. Такие контракты обычно предполагают, что клиентка может заранее (за несколько недель до родов) познакомиться со специалистом, который будет ее роды вести. С наступлением схваток индивидуальный врач должен выехать на роды к «своей» пациентке.

В одном «пакетном предложении» с персонализированным доверием идут улучшенные организационно-бытовые условия в родах, формирующие контекст оказания медицинской помощи. Обеспеченные матери рассчитывают не просто получить врачебную услугу, но получить ее в комфортных условиях: они придирчиво оценивают качество ремонта в помещениях роддома, оформляют контракт на роды в индивидуальной палате, ожидают, что в родзале

будет душ или джакузи. Для них также важно, чтобы доступ к услугам был удобно организован: чтобы бюрократические трудности от взаимодействия с медициной были сведены к минимуму, а при необходимости можно легко связаться и встретиться с врачом, с которым заключен договор [Тёмкина, 2016, p. 99–100].

Внедрение неолиберальной логики в родовспоможение, на первый взгляд, меняет и то, как медики работают с телом. Рассказывая о «плохих» родах, пациентки выражают недовольство тем, что врачи обращаются с их телами как пассивными и неодушевленными — «мясом», которое не испытывает неудобства или чувства стыда, выступает объектом манипуляций, а не субъектом действия.

> Передали меня [имя врача], для которой я — мясо. И те, кто со мной там был, — мясо. Нас никто не считал за людей [...] уже когда я по пояс голая лежу на смотровом кресле, она говорит: «Введите ей такой-то препарат». Я начинаю интересоваться: « А что это за препарат вы хотите мне ввести?». На что получаю ответ: «Ты врач?». — «Нет». — «Ну, вот и незачем тебе это знать». Мне вводят препарат, дальше я лежу полуголая, вот так с распахнутыми ногами.
> *Пациентка, 29 лет, Санкт-Петербург.*

В противоположность этому отталкивающему описанию логика выбора позволяет пациентке самой определять то, что будет происходить в процессе появления ребенка на свет. Женщины заранее ищут информацию о медицинских манипуляциях в родах и формулируют своему врачу «заказ» относительно того, что они хотят получить (например, эпидуральную анестезию), а чего — избежать (например, операции кесарево сечение). Заключив договор, некоторые пациентки приходят в роддом с подробным многостраничным сценарием родов.

> Был именно сценарий. Я знала, чего хочу, чего я не хочу. Я знала, что я не хочу дополнительно никаких анестезий непонятных, что касается дополнительных процедур, таких как санирование лобка и клизма, тоже знала, что это необязательные процедуры. Хотела, чтобы ребятенку моему не отрезали пуповину [сразу — *Е.Б.*] после того, как он родился.
> *Пациентка, 29 лет, Санкт-Петербург.*

Однако если мы сделаем акцент не на дихотомии наличие/отсутствие выбора, а на той роли, которая отведена телу в родах, эти два случая не покажутся столь различными. В рамках логики выбора рожающее тело также производится как объект, пригодный для рационального контроля. Пациентка и специалист, ведущий роды, выстраивают доверительные отношения *по поводу* тела. Само же оно рассматривается как пассивное и регулируемое посредством медицинских процедур — будь то стимуляция родов по настоянию врача или применение анестезии по желанию пациентки.

Сделанные выборы и заключенные контракты между тем далеко не всегда ведут к желаемому исходу. Схема «покупки» определенного сценария родов или их результата перестает работать, когда вмешивается телесность. Например, женщина может предпочесть модель «естественных» родов, обставить палату роддома как домашнее пространство, приглушить свет и включить любимую музыку, но не исключено, что ее организм поведет себя таким образом, что реализовать задуманный сценарий «мягких» родов не удастся.

> У меня просто были не очень простые роды. Схватки у меня начались, а родила я только через сутки. У меня очень-очень долго никакого раскрытия [шейки матки — *Е.Б.*] не было вообще. То есть схватки идут, мне больно, я абсолютно уже от боли на стену лезу, а [имя акушерки] смотрит раскрытие — раскрытия нет вообще никакого. [...] При том что я была настроена изначально на все эти волшебные естественные роды. Но поскольку все не очень гладко пошло, в конце концов мне дали окситоцин. *Пациентка, 27 лет, Санкт-Петербург.*

Логика организации медицинской помощи создает канву, в соответствии с которой роды на практике могут быть произведены тем или иным образом. Неолиберальная логика, логика выбора, которая играет все большую роль как в платном, так и в бесплатном сегменте родовспоможения, позволяет пациенткам принимать решения, связанные с рождением ребенка. Контролируя роды, пациентка знает, кто встретит ее в роддоме и в какую палату она попадет, понимает, что без ее информированного согласия ей не поставят капельницу и не проведут иных серьезных вмешательств. Но выбор индивидуального врача, отдельного родзала и сценария родов если и делают процесс рождения более предсказуемым, то только в небольшой степени. В момент родов поведение тела может нарушить планы требовательных пациенток.

Возможна ли иная организация медицинской помощи, ориентированная на активность тела в родах и учитывающая телесное измерение при выстраивании доверительных отношений? Для ответа на этот вопрос обратимся к практике «естественных» родов — одному из веяний, распространяющихся в российской системе родовспоможения в постсоветский период.

«Рожать телом»: телесное измерение доверия в родовспоможении

Дать какое-то универсальное определение «естественным родам» трудно. Спектр того, что может под ними пониматься, простирается от «больничных» родов, прошедших без применения анестезии и операции кесарево сечение, до запланированных «домашних»

родов с акушеркой. Базовая концепция «естественности», обычно включает три элемента: 1) сокращение медицинских вмешательств; 2) тщательная физическая, психологическая и информационная подготовка к родам — будущая мать должна быть готова родить сама; 3) роженица выступает основным действующим лицом родов — она передвигается вплоть до потужного периода, подбирает удобную для нее позу, она также принимает основные решения в родах [Mansfield, 2008]. Исследователи сходятся в том, что «естественные роды» — это скорее идеологическая категория, которая описывает некую альтернативу господствующему в современных обществах медицинскому подходу к деторождению [Macdonald, 2006, p. 251].

В крупных городах России с конца 1990-х на волне трансформаций здравоохранения возникают центры «естественных родов». Они имеют разную организационную форму — некоторые входят в структуру роддомов, другие функционируют как коммерческие организации, сотрудничающие с роддомами. Различается степень вовлеченности врача в роды: от центров, где врач присутствует на родах лишь формально и роды фактически ведет акушерка, до центров, где врачи сохраняют лидирующую роль.

В настоящей статье мы сосредоточимся на примере петербургского центра акушерского ухода. Этот центр был создан как хозрасчетное подразделение одного из государственных роддомов города, т. е. свои услуги он предоставляет исключительно на платной основе. Клиенты центра — женщины и пары, ожидающие ребенка. Большинство из них — высокообразованные профессионалы, представители среднего класса. Как с долей иронии отмечает одна из акушерок центра, «Наш контингент — это 32 года, первые роды, два высших образования» [акушерка, 50 лет, Санкт-Петербург].

Подготовка к родам состоит из двенадцати занятий (лекций и зарядки), которые проводит акушерка в помещении роддома, а также еженедельных занятий в бассейне и сауне. Ходить на курсы матери (пары) начинают не позже чем за 15 недель до родов. Посещение всех занятий — необходимое условие для родов в данном центре. Предполагается, что на родах с женщиной будет та же акушерка, лекции которой посещала клиентка.

Роды проходят в индивидуальном родзале, где есть джакузи и различные приспособления, предназначенные для облегчения схваток (например, фитбол). В отличие от принятой в большинстве российских роддомов практики родов лежа на спине на кровати Рахманова клиенткам центра рекомендуется самим выбирать удобное для них положение тела в родах. У центра также есть индивидуальные послеродовые палаты, где после появления ребенка на свет роженица находится под присмотром «своей» акушерки, получает советы относительно грудного вскармливания и ухода за младенцем.

Врачи акушеры-гинекологи минимально задействованы в работе центра. В случае необходимости клиенты центра могут консультироваться с врачами больницы по поводу протекания беременности. Во время родов, если нет осложнений, врач появляется только один или два раза и занимает скорее позицию наблюдателя.

Тело в естественных родах

В основе модели родовспоможения, принятой в рассматриваемом центре, лежит отказ от контроля в родах, понятого как способность заранее совершать рациональные выборы. Рожающее тело воспринимается как активно действующее. Ни акушерка, ни сама женщина не могут управлять им в соответствии с некой заранее определенной программой или жестким набором стандартов.

> Это [отсутствие плана — *Е.Б.*] мне больше всего и нравится, да, вот в этом подходе. И я всегда говорю, что нет идеальной позы для родов. Хорошо только то, что хорошо данной женщине, данному ребенку. Мы можем нарисовать такую картину, а на самом деле будет все в точности наоборот. Тут очень сложно понять, что там будет.
> *Акушерка, 50 лет, Санкт-Петербург.*

Акушерки рассказывают, что некоторые клиентки приходят к ним с заготовленным сценарием родов, где прописан отказ от ряда медицинских манипуляций (например, эпизиотомии, разведения околоплодных оболочек и проч.). Но сотрудники не соглашаются на такие сценарии, подчеркивая, что в условиях высокой неопределенности нужны не готовые решения, а чувствительность к ситуации.

От пациентки ожидается, что она будет выступать в качестве главного действующего лица процесса деторождения. Такая активность подразумевает не планирование и рефлексивное оценивание доступных вариантов — то, что акушерки называют «рожать головой», — но ориентацию на текущий момент и проявления собственной телесности. Если здесь и можно говорить о контроле со стороны пациентки, то только как о способности «присутствовать в теле», прислушиваться к своим ощущениям и подстраиваться под них [Бороздина, 2014].

> [Нужно — *Е.Б.*] просто элементарно, да, отвлечь голову, потому что, как я говорю: нельзя рожать головой, нужно рожать телом. Если человек задумывается, вникает в этот процесс, значит он... А вот когда телом рожает, это всегда бывает как? Неожиданно [...] и надо женщине дать право уйти в свои роды, да, и она должна прочувствовать вот этот процесс, а мы со стороны из- за угла должны за ней наблюдать. Значит, если мы видим, что, да, она дышит, да, она поет. Значит, это хорошо, значит, она действительно рожает.
> *Акушерка, 50 лет, Санкт-Петербург.*

Хотя акушерка и роженица, следующие «естественному» подходу, избегают рационального контроля над телом, стоящая перед ними задача — это все же не «естественные» роды сами по себе, но благополучные естественные роды. Для достижения этой задачи мало просто следовать за телом, нужна ситуативная координация усилий всех участников родов, чтобы при возникновении сложностей возвращать ситуацию в нормальное русло. Как добиться такой нормализации, одновременно не поместив организм в прокрустово ложе предопределенных схем? Телесное измерение доверия играет здесь ключевую роль. Оно имеет две составляющие: уверенность в том, что женщина сможет «родить сама», и практическое доверие между медиком и пациенткой.

Подготовка к родам

Парадоксальным образом «естественные» роды — это событие, которое требует от роженицы гораздо большей предварительной подготовки, чем роды медикализированные. Посещая курсы центра, матери осваивают основные принципы «естественного» родовспоможения, узнают, как распознавать происходящие в их теле процессы (например, отличать схватки от предвестников). Но еще более значимой оказывается подготовка тела к рождению ребенка. Акушерки уделяют значительное внимание корректировке режима питания своих клиенток, обучают их управлять обычно неконтролируемыми физиологическими процессами (в частности, дыханием). Гимнастика наряду с занятиями в бассейне и бане также готовит тело к родам (например, «тренируя» кровеносную систему).

Сотрудницы центра подчеркивают, что такая подготовка, в особенности подготовка организма, — ключевой элемент принятой в центре модели родовспоможения. Если клиентка не посещает классы достаточно регулярно, ей могут отказать в заключении контракта на роды.

> У меня были случаи: когда я вижу, что человек сюда на занятия ходит, и больше никуда он не ходит. Я не заключаю с ними договор. Я говорю: «У вас есть право прослушать лекцию, но это не значит, что у вас будет хороший результат, если вы больше это ничем поддерживать не будете». Они здесь на лекции посидели, как бы отметили их — галочку, плюсик им поставили, а с гимнастики они убегают.
> *Акушерка, 50 лет, Санкт-Петербург.*

Акушерки отмечают, что дают на своих занятиях только необходимый минимум. В дополнение к знаниям и навыкам, полученным

на курсах в центре, многие матери самостоятельно ищут дополнительную информацию и ходят на занятия йогой и пилатесом.

> Сирсов читала, то, что близко к беременности, интернет, лучше бы, конечно, без него. Ну, и потом ходишь на йогу для беременных, на аквайогу для беременных.
> *Пациентка, 33 года, Санкт-Петербург.*

Активная роль в родах оказывается сопряжена для матерей со значительной предварительной работой уже на этапе беременности, она предполагает высокий уровень самодисциплины и готовность внести существенные изменения в свою повседневность. Это не клиентский выбор, когда все заботы по предоставлению услуги должного качества возлагаются на специалиста, но участие в совместном (в значительной мере телесном) труде для достижения желаемого. Доверие здесь связано не только с контрактными обязательствами, но с доверием к телу, которое способно произвести ребенка на свет без излишних вмешательств. Однако даже тщательная подготовка не гарантирует, что роды пройдут определенным (благополучным) образом.

> Есть статья, которая ходит в интернете, она называется «О стереотипах сознательных рожениц», московская статейка некоей духовной акушерки. Ее идея, что люди думают, что они тщательным хождением в бассейн могут «купить» себе легкие роды. Вот, не деньгами купить, а усилиями. Ну, чего тебе говорить, да? Значит, это совершенно [невозможно — *Е.Б.*]... Нам поэтому интересно этим заниматься, что это абсолютная лотерея. Ну, то есть ты, глядя на человека, который к тебе приходит с пятью сантиметрами [раскрытия шейки матки — *Е.Б.*], на самом деле не совсем знаешь, как карта ляжет.
> *Акушерка, 50 лет, Санкт-Петербург.*

Когда невозможно полностью положиться на безупречную работу организма, особое значение обретает доверие между клиенткой и акушеркой. Это доверие, в значительной мере связанное с телесностью, формируется на основе продолжительного взаимодействия и имеет практический характер.

Практическое доверие между акушеркой и клиенткой

Когда оказывается, что заранее «купить» легкие роды нельзя ни за деньги, ни с помощью усилий, особенно значимым становится согласованность действий всех участников родов. На первый план выходит не борьба за контроль над родами, но координация

совместных действий медиков и пациентки «здесь и сейчас» с ориентацией на (малопредсказуемое) развитие акушерской ситуации.

Такая координация опирается на большую предварительную работу обеих сторон. Эта работа связана с формированием персонализированного доверия между конкретной женщиной и конкретной акушеркой. В этом смысле забота — не просто приятный бонус, дополняющий медицинскую помощь. Выстраивание доброжелательных, эмоционально вовлеченных отношений между акушеркой и ее клиенткой важно не только потому, что делает получение медицинской помощи более комфортным для пациентки. Наличие личностного контакта позволяет акушерке и роженице эффективнее взаимодействовать в экстремальной ситуации родов.

> Здесь эту женщину с двадцати двух, иногда даже с восемнадцати, да, недель я тут их вижу, каждую пятницу с ними по четыре часа провожу. У нас вместе какие- то разговоры, шутки, какое- то общение помимо лекций [...] И мы выходим уже на роды, наверное, можно даже у женщин спросить, абсолютно близкими людьми [...]. Когда идет процесс родов, чтобы его хорошо видеть со стороны, и постараться минимум вмешиваться и как- то помочь иногда, для этого нужен вот этот контакт. Вот я у нее [роды — *Е.Б.*] принимаю, между ног сижу, и у нас — я говорю, а она меня слышит. Это очень важно, когда слышит. *Акушерка, 48 лет, Санкт-Петербург.*

В работах, посвященных российскому родовспоможению, персонализированное доверие часто ассоциируется с доверием к профессионализму конкретного специалиста, с «покупкой» внимания и заботы, со страховкой от рисков [Темкина, 2017]. Но важным его элементом, о котором часто забывают в рамках неолиберальной логики, может выступать и слабо проговариваемое доверие, основанное на практическом знании, которое акушерка и пациентка получают друг о друге в результате продолжительного взаимодействия.

Сами клиентки центра свидетельствуют, что практическое доверие, сформированное за время посещения курсов, более важно в родах, чем персонализированный сервис, приобретенный за деньги. Хотя и те, и другие отношения возникают в рамках индивидуальных родов по контракту, на практике эти модели работают по-разному. Когда медик и ее клиентка хорошо знают друг друга, знают, как каждая из них себя ведет и как реагирует на разные ситуации, когда акушерка на протяжение трех месяцев наблюдала за состоянием здоровья женщины, им проще наладить взаимодействие в родах.

> Даже платно, там, в другом учреждении, начав рожать, приезжаешь. Акушерку тебе дали — ты ее в первый раз видишь, ну, может, видел до этого, когда заключал договор, и все. А здесь ты, получается, ее уже

> знаешь, как она ведет, как она про роды рассказывает. Соответственно, когда ты знаешь человека, то, конечно, тебе намного проще
> *Пациентка, 32 года, Санкт-Петербург.*

Логика заботы в работе центра соседствует с логикой выбора: все услуги центра предоставляются на коммерческой основе, а, следовательно, до начала какой-либо совместной работы будущая мать выбирает данное учреждение из ряда других предложений. Это сосуществование двух логик далеко не всегда является мирным. Акушерки обеспокоены тем, что, приходя в роддом в качестве клиентов, некоторые пациентки не готовы прикладывать усилия для подготовки к родам и занимать активную позицию в процессе появления ребенка на свет.

> Сейчас больше народу, которые хотят, чтобы за них родили и родили хорошо [...] Они хотят совершенно, конечно, такого же, да, положительного результата, но меньше людей, которые на этот результат готовы работать. Да, это вот всегда идея другого образа жизни, так скажем, правильного — правильного питания, физической нагрузки. А приходят те, которые вот «родите за меня».
> *Акушерка, 35 лет, Санкт-Петербург.*

Право выбирать «своего» специалиста и обсуждать медицинскую помощь оказываются необходимым, но недостаточным условием доверительных отношений и «хорошей» заботы в родах.

Заключение

Российское родовспоможение, как и здравоохранение, в целом уже четверть века находится в состоянии реформ и трансформаций. С одной стороны, в этих условиях недоверие к институту медицины, характерное для (пост)советских пациентов, усиливается. С другой стороны, в данном контексте возникают новые формы организации медицинской помощи и новые способы выстраивания доверительных отношений между медиками и будущими матерями.

Обращаясь к последнему их этих пунктов, социологи обычно связывают институциональные нововведения, а также новые стратегии медиков и их клиентов с утверждением неолиберальной логики (логики выбора) в работе роддомов и женских консультаций [Здравомыслова, Тёмкина, 2009; Тёмкина, 2017]. В соответствии с этой логикой пациентка выступает в роли гражданина-потребителя. Она выбирает сервис, который ее устраивает, и часто дополнительно оплачивает персонализированные доверительные отношения с врачом как часть общего «пакетного предложения».

Внедрение логики выбора в работу медицинских учреждений позволяет в большей степени учесть предпочтения самих женщин относительно манипуляций в родах. Однако данная логика оказывается нечувствительной к активности тела и телесному измерению доверия. В рамках нее работа с телом осуществляется как с покорным объектом медицинских вмешательств. Производятся ли эти вмешательства по решению врача или с ориентацией на запросы пациентки, тело задействуется как пассивное, «немое», подлежащее регулированию.

Альтернативную модель помощи в родах предлагает набирающий популярность «естественный» подход в родовспоможении. Помимо идеологических отличий «естественные» роды отличаются от господствующей в России сугубо медицинской модели на практическом уровне. Роды в данном случае *делаются* по-другому. Попытка организовать роды с учетом активности тела ведет к выработке иного формата родовспоможения. Рефлексивные рациональные выборы здесь становятся менее значимы по сравнению с умением прислушиваться к телесным проявлениям.

Борьба за контроль между медиками и пациентками уступает место слаженной командной работе. Забота предоставляется не как платный сервис, но превращается в саму суть процесса родов — оборачивается сложной координацией и совместными усилиями всех участников для достижения благополучного результата. А доверие обретает телесное измерение. На первый план в доверительных отношениях между роженицей и ведущим роды специалистом выходит не покупка дополнительного внимания, но готовность женщины родить самой и опытное знание друг о друге, полученное участниками родов в результате продолжительного взаимодействия.

Библиография

Аронсон П. (2006) Утрата институционального доверия в российском здравоохранении. *Журнал социологии и социальной антропологии*, (2): 120–131.

Бороздина Е. (2014) Социальная организация естественных родов (случай центра акушерского ухода). *Журнал исследований социальной политики*, 12 (3): 413–428.

Здравомыслова Е., Тёмкина А. (2009) «Врачам я не доверяю, но...» Преодоление недоверия к репродуктивной медицине. Е. Здравомыслова, А. Тёмкина (ред.) *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*, СПб.: Издательство ЕУСПб: 179–210.

Мельникова О. (2014) Медицинская помощь во время родов: забота и обезболивающие технологии. *Журнал исследований социальной политики*, 12 (3): 327–352.

Тёмкина А. (2014) Медикализация репродукции и родов: борьба за контроль. *Журнал исследований социальной политики*, 12 (3): 321–336.

Тёмкина А. (2016) Оплачиваемая забота и безопасность: что продается и покупается в родильных домах? *Социология власти*, (1): 76–106.

Тёмкина А. (2017) «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка. *Экономическая социология*, 18 (3): 14–47 (https://ecsoc.hse.ru/data/2017/05/31/1172172613/ecsoc_t18_n3.pdf#page=14).

Akrich M., Pasveer B. (2000) Multiplying Obstetrics: Techniques of Surveillance and Forms of Coordination. *Theoretical Medicine and Bioethics*, (21): 63–83.

Annandale E., Clark J. (1996) What is Gender? Feminist Theory and the Sociology of Human Reproduction. *Sociology of Health and Illness,* 18 (1): 17–44.

Beasley C., Bacchi C. (2007) Envisaging a New Politics for an Ethical Future. Beyond Trust, Care and Generosity towards an Ethic of Social Flesh. *Feminist Theory*, 8 (3): 279–298.

Beckett K. (2005) Choosing Caesarean: Feminism and the Politics of Childbirth in the United States. *Feminist Theory*, 6 (3): 251–275.

Brown P., Alaszewski A., Swift T., Nordin A. (2011) Actions Speak Louder than Words: the Embodiment of Trust by Healthcare Professionals in Gynae-Oncology. *Sociology of Health and Illness,* 33 (2): 280–295.

Cook L.J. (2014) Spontaneous privatization in Russia and Its Political Consequences in Russia's Postcommunist Health Sector. M. Cammett, L. MacLean (eds) *The Politics of Non-State Social Welfare,* Ithaka and London: Cornell University Press: 217–236.

Craven C. (2007) A "Consumer's Right" to Choose a Midwife: Shifting Meanings for Reproductive Rights under Neoliberalism. *American Anthropologist. New Series,* 109 (4): 701–712.

Davies C. (1995) Competence versus Care? Gender and Caring Work Revisited. *Acta Sociologica*, 1 (38): 17–31.

Fox B., Worts D. (1999) Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth. *Gender and Society*, 13 (3): 326–346.

Graham H., Oakley A. (1979) Competing Ideologies of Reproduction: Medical and Maternal Perspectives on Pregnancy. H. Roberts (ed.) *Women and Health Care,* London: Routledge & Kegan Paul: 50–74.

Jordan B. (1997) Authoritative Knowledge and Its Construction. R. Davis-Floyd, C.F. Sargent (eds) *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives,* Berkeley: University of California Press: 55–79.

Kuhlmann E. (2006) Traces of Doubt and Sources of Trust. Health Professions in an Uncertain Society. *Current Sociology,* 54 (4): 607–620.

Lupton D. (2016) Precious cargo: foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Critical Public Health*, 22(3): 329–340.

Macdonald M. (2006) Gender Expectations: Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Canada. *Medical Anthropology Quarterly,* 20 (2): 235–256.

Mansfield B. (2008) The Social Nature of Natural Childbirth. *Social Science and Medicine*, (66): 1084–1094.

McCabe K. (2016) Mothercraft: Birth work and the making of neoliberal mothers. *Social Science and Medicine*, (162): 177–184.

Mechanic D. (1996) Changing Medical Organization and the Erosion of Trust. *The Milbank Quarterly,* 74 (2): 171–189.

Mol A. (1999) Ontological Politics. A Word and Some Questions. *Sociological Review,* 47 (S1): 74–89.

Mol A. (2002) *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*, Durham and London: Duke University Press.

Mol A. (2008) *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*, London: Routledge.

Knijn T., Kremer M. (1993) Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Towards Inclusive Citizenship. *Social Politics*, (3): 328–361.

Kremer M. (2007) *How Welfare States Care. Culture, Gender and Parenting in Europe*, Amsterdam: Amsterdam University Press.

Oakley A. (1984) *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*, Oxford: Blackwell Publishers.

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

Viisainen K. (2001) Negotiating Control and Meaning: Home Birth as a Self-Constructed Choice in Finland. *Social Science and Medicine*, (52): 1109–1121.

Zadoroznyj M. (2001). Birth and the reflexive consumer. *Journal of Sociology*, 37 (2), 117–139.

References

Akrich M., Pasveer B. (2000) Multiplying Obstetrics: Techniques of Surveillance and Forms of Coordination. *Theoretical Medicine and Bioethics*, (21): 63–83.

Annandale E., Clark J. (1996) What is Gender? Feminist Theory and the Sociology of Human Reproduction. *Sociology of Health and Illness*, 18 (1): 17–44.

Aronson P. (2006) Utrata Institutsional'nogo Doveriia v Rossiiskom Zdravookhranenii [The Lost of Institutional Trust in Russia Healthcare]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noi antropologii [The Journal of Sociology and Social Anthropology]*, (2): 120–131.

Beasley C., Bacchi C. (2007) Envisaging a New Politics for an Ethical Future. Beyond Trust, Care and Generosity towards an Ethic of Social Flesh. *Feminist Theory,* 8 (3): 279–298.

Beckett K. (2005) Choosing Caesarean: Feminism and the Politics of Childbirth in the United States. *Feminist Theory,* 6 (3): 251–275.

Borozdina E. (2014) Sotsial'naia Organizatsiia Estestvennykh Rodov (Sluchai Tsentra Akusherskogo Ukhoda) [Social Organisation of Matural Childbirth (the Case of the Centre for Midwifery Care)]. *Zhurnal issledovanii sotsial'noi politiki [The Journal of Social Policy Studies]*, 12 (3): 413–428.

Brown P., Alaszewski A., Swift T., Nordin A. (2011) Actions Speak Louder than Words: the Embodiment of Trust by Healthcare Professionals in Gynae-Oncology. *Sociology of Health and Illness,* 33 (2): 280–295.

Cook L.J. (2014) Spontaneous privatization in Russia and Its Political Consequences in Russia's Postcommunist Health Sector. M. Cammett, L. MacLean (eds). *The Politics of Non-State Social Welfare,* Ithaka and London: Cornell University Press: 217–236.

Craven C. (2007) A "Consumer's Right" to Choose a Midwife: Shifting Meanings for Reproductive Rights under Neoliberalism. *American Anthropologist. New Series*, 109 (4): 701–712.

Davies C. (1995) Competence versus Care? Gender and Caring Work Revisited. *Acta Sociologica*, 1 (38): 17–31.

Fox B., Worts D. (1999) Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth. *Gender and Society*, 13 (3): 326–346.

Graham H., Oakley A. (1979) Competing Ideologies of Reproduction: Medical and Maternal Perspectives on Pregnancy. H. Roberts (ed.) *Women and Health Care,* London: Routledge & Kegan Paul: 50–74.

Jordan B. (1997) Authoritative Knowledge and Its Construction. R. Davis-Floyd, C.F. Sargent (eds) *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley: University of California Press: 55–79.

Kuhlmann E. (2006) Traces of Doubt and Sources of Trust. Health Professions in an Uncertain Society. *Current Sociology*, 54 (4): 607–620.

Lupton D. (2016) Precious cargo: foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Critical Public Health*, 22 (3): 329–340.

Macdonald M. (2006) Gender Expectations: Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Canada. *Medical Anthropology Quarterly*, 20 (2): 235–256.

Mansfield B. (2008) The Social Nature of Natural Childbirth. *Social Science and Medicine*, (66): 1084–1094.

McCabe K. (2016) Mothercraft: Birth work and the making of neoliberal mothers. *Social Science and Medicine*, (162): 177–184.

Mechanic D. (1996) Changing Medical Organization and the Erosion of Trust. *The Milbank Quarterly*, 74 (2): 171–189.

Mel'nikova O. (2014) Meditsinskaia Pomoshch' vo Vremia Rodov: Zabota i Obezbolivaiushchie Tekhnologii [Medical Help during Labour: Care and Anesthetic Technologies]. *Zhurnal issledovanii sotsial'noi politiki [The Journal of Social Policy Studies]*, 12 (3): 327–352.

Mol A. (1999) Ontological Politics. A Word and Some Questions. *Sociological Review*, 47 (S1): 74–89.

Mol A. (2002) *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice,* Durham and London: Duke University Press.

Mol A. (2008) *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice,* London: Routledge.

Knijn T., Kremer M. (1993) Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Towards Inclusive Citizenship. *Social Politics*, (3): 328–361.

Kremer M. (2007) *How Welfare States Care. Culture, Gender and Parenting in Europe,* Amsterdam: Amsterdam University Press.

Oakley A. (1984). *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*, Oxford: Blackwell Publishers.

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

Temkina A. (2014). Medikalizatsiia Reproduktsii i Rodov: Bor'ba za Kontrol' [Medicalisation of Reproduction and Childbirth: Struggle for Control]. *Zhurnal issledovanii sotsial'noi politiki [The Journal of Social Policy Studies]*, 12 (3): 321–336.

Temkina A. (2016) Oplachivaemaia Zabota i Bezopasnost': Chto Prodaetsia i Pokupaetsia v Rodil'nykh Domakh? [Paid Care and Security: What is Sold and What is Purchased in Maternity Hospitals?] *Sotsiologiia vlasti [Sociology of Power]*, (1): 76–106.

Temkina A. (2017) "Ekonomika Doveriia" v Platnom Segmente Rodovspomozheniia: Gorodskaia Obrazovannaia Zhenshchina kak Potrebitel' i Patsientka ["The Economy of Trust" in Commercial Segment of Maternity Care: Urban Educated Woman as a Consumer and a Patient]. *Ekonomicheskaia sotsiologiia [Economic Sociology]*, 18 (3): 14–47 (https://ecsoc.hse.ru/data/2017/05/31/1172172613/ecsoc_t18_n3.pdf#page=14).

Viisainen K. (2001) Negotiating Control and Meaning: Home Birth as a Self-Constructed Choice in Finland. Social Science and Medicine, (52): 1109–1121.

Zadoroznyj M. (2001). Birth and the reflexive consumer. *Journal of Sociology*, 37 (2), 117–139.

Zdravomyslova E., Temkina A. (2009) "Vracham ia ne Doveriaiu, no..." Preodolenie Nedoveriia k Reproduktivnoi meditsine ["I don't Trust Doctors, but..." Overcoming Distrust in Reproductive Healthcare]. E. Zdravomyslova, A. Temkina (eds) *Zdorov'e i Doverie: Gendernyi Podkhod k Reproduktivnoi Meditsine [Health and Trust: Gender Approach to Reproductive Medicine]*, St. Petersburg: EUSP: 179–210.

Рекомендация для цитирования/For citations:

Бороздина Е.А. (2017) Телесное измерение доверия в медицинских взаимодействиях. *Социология власти*, 29 (3): 82–102.

Borozdina E.A. (2017) Logics of health care and embodied trust in medical encounters. *Sociology of Power*, 29 (3): 82–102.

Поступила в редакцию: 01.05.2017; принята в печать: 11.09.2017