

ВРАЧ И ПАЦИЕНТ. ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ

УДК 39.394

DOI: 10.17223/2312461X/30/10

«АКТИВНОЕ НЕДОВЕРИЕ» ВРАЧАМ: СЛУЧАЙ ЮРИДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РОДОВ*

Анна Александровна Ожиганова

Аннотация. Рассматривается проблема недоверия пациентов врачам, особенно актуальная в сфере родовспоможения, где за последнее время произошло несколько громких судебных расследований. В центре исследования находится довольно необычный случай: в одной из московских больниц на родах присутствовал приглашенный женщиной юрист, выступающий в качестве защитника прав пациентов. На примере этого случая, а также других полевых материалов рассматриваются основные стратегии, которые выстраивают женщины, не доверяющие врачам, но решившие остаться в рамках государственной бесплатной медицины: они изучают свои права, консультируются с юристами, заранее пишут заявления-отказы от медицинских вмешательств, выбирают сопровождающего в родах. Также в статье анализируется деятельность юриста, взявшего на себя функцию защитника прав женщин и контроля за действиями врачей. В качестве теоретической рамки используется подход, предложенный в недавно опубликованных работах по антропологии недоверия, который предлагает отказаться от рассмотрения этого явления исключительно в негативных терминах: как социальной неудачи и препятствия для развития общественных институтов. Сторонники этого подхода считают, что недоверие является особой формой критического знания, которое реализуется в разнообразных действенных стратегиях. В качестве развития этого подхода в данной статье предлагается понятие «активное недоверие» (по аналогии с «активным доверием» Э. Гидденса) для анализа разного рода практик пациентского и в целом – гражданского активизма.

Ключевые слова: антропология родов, антропология недоверия, социальное недоверие, недоверие врачам, модели родов, отношения врача и пациента, защитные меры, борьба за контроль, сети доверия

Введение. Роды как «культурный дисплей»

В антропологии роды рассматривают как культурно маркированное событие жизненного цикла, которое в равной степени является и био-

* Публикуется в соответствии с планом научно-исследовательских работ Института этнологии и антропологии РАН.

логическим, и социальным феноменом (Sargent 2004: 224). Роды представляют собой своего рода *культурный дисплей*, на котором отображаются господствующие в обществе нормы, ценности и представления (Sargent 1989). Этот исследовательский подход применим как к традиционным, так и к современным обществам. Несмотря на повсеместную *медикализацию*, современное родовспоможение так же, как и народные акушерские практики, отражает существующие социальные отношения, представления о гендерных ролях и социальном престиже. Особенностью современности является высокая рефлексивность социальной жизни, постоянное исследование и реформирование социальных практик (Гидденс 2011: 156), что влечет за собой множественность выбора, в том числе выбора гендерных ролей и моделей поведения и, соответственно, выбора предпочтительной модели родов.

В современных обществах сосуществуют различные концептуальные модели родов. На Западе большую популярность приобрела концепция трех моделей или парадигм, определяющих практику современного родовспоможения: технократическая, холистическая и гуманистическая, кардинально различающиеся своим подходом к организации медицинской помощи и взаимоотношениям врача и пациента, а также представлениями о телесности и взаимосвязи тела и сознания (Lock 2004; Davis-Floyd 1996, 2011). В целом предпочтительным считается подход, основанный на правах человека (в том числе, на праве женщины выбирать *как, где, и с кем рожать*) и отказе от излишней и необоснованной медикализации. В опубликованных в 2018 г. рекомендациях Всемирной организации здравоохранения говорится о необходимости гуманизации родовспоможения: «Возрастающее знание о том, как инициировать, ускорять, прекращать, регулировать и контролировать физиологический процесс родов, привело к усилению его медикализации. В настоящее время растет понимание, что такой подход подрывает способность женщины рожать самостоятельно и оказывает негативное влияние на ее опыт родов, который при ином подходе мог бы стать положительным переживанием, изменяющим жизнь в лучшую сторону» (WHO 2018).

В России концепты технократической, холистической и гуманистической моделей родов не пользуются популярностью, в отличие от понятия «естественные» роды, которое в значении *физиологических*, или *нормальных*, родов противопоставляется *медикализованному*, или *паталогическому*, родам. Широкое распространение получило понятие «акушерское насилие» или «акушерская агрессия» (см.: Насилие в родах...), под которым понимается не столько избыточное применение медицинских методов, сколько разного рода злоупотребления и нарушения со стороны медицинского персонала, грубость, плохие бытовые условия роддомов, их закрытость, изоляция роженицы от семьи и т.д.

Популярности этого понятия способствовала публикация одноименной книги известного врача – акушера-гинеколога, доктора медицинских наук, члена-корреспондента РАН В.Е. Радзинского, определившего его как «ятрогенные¹, ничем не обоснованные действия, направленные якобы на пользу, но в результате приносящие только вред», в том числе увеличение осложнений беременности и родов, рост младенческой и материнской заболеваемости и смертности: необоснованное родовозбуждение и родостимуляция, необоснованное экстренное кесарево сечение и т.д. (2011: 17). «Акушерской агрессии» он противопоставляет «безопасное акушерство», т.е. «совокупность научно обоснованных подходов, основанных на достижениях современной науки и практики» и направленных на снижение перинатальной заболеваемости и смертности (Радзинский 2007: 68). Радзинский отмечает, что для реализации практики безопасного акушерства нужно вернуться к «естественным перинатальным технологиям» и «очень хорошо изучать физиологию родового процесса» (16).

Таким образом, уже на парадигмальном уровне обнаруживается серьезное противоречие: существуют одновременно две шкалы, по которым (неофициально) оценивается качество и успешность родов: *естественность / медиализированность* и *агрессивность / безопасность*. Учитывая тот факт, что сторонники разных подходов вкладывают разное значение в содержание этих понятий (Бороздина 2014; Бороздина 2019), очевидно, что несовпадение критериев становится источником постоянного взаимонепонимания между медиками и пациентами и разного рода перекосов в практике родовспоможения. Часто стремление провести «естественные» роды любой ценой приводит к таким же серьезным последствиям для здоровья матери и ребенка, как и акушерская агрессия, и, по сути, ничем от нее не отличается. Ярким примером стал недавний скандал в одном из московских роддомов, где, по данным следствия, для поддержания высокого процента «естественных» родов врачи отказывались от проведения экстренных операций кесарева сечения и применяли агрессивные акушерские практики, в том числе запрещенный прием Кристеллера (выдавливание ребенка)² (В СК РФ впервые прокомментировали... 2020).

Рассмотрим через оптику *культурного дисплея* случай, произошедший весной 2018 г. в одном из московских государственных роддомов³. По просьбе женщины на ее родах по полису ОМС присутствовал юрист Роман, называющий себя экспертом по медицинскому и семейному праву. Уже около 10 лет, в свободное от основной работы время, он занимается консультированием и правовым сопровождением женщин и семей по таким вопросам, как права женщин в роддоме и женской консультации, правовые аспекты вакцинации, домашние роды, и получил широкую известность среди сторонников «естественных» родов и «осо-

знанного» родительства. Он помог своей клиентке подготовить письменный отказ от ряда медицинских вмешательств которые она считала излишними или неприемлемыми. Тем не менее женщина сочла эту меру недостаточной и попросила его присутствовать на родах лично в статусе ее «брата». Впоследствии Роман рассказал об этом опыте в социальных сетях: «Сопровождал роды и это новый виток в моей правовой практике. Женщина рожала трое суток⁴, персонал отнесся к желаниям и отказам женщины с пониманием. Сама женщина для медицинского персонала стала звездой! Родился мальчик! Все счастливы! Думаю, что желаемые естественные роды, которые представляла себе женщина, получились. Интересно было наблюдать за медиками и их поведением, они тяжело, но максимально включились в процесс естественных родов (фабричные роды им привычнее), медикаментозных вмешательств не было, хотя и были попытки шантажа. Пуповину пересекли после полной (остановки) ее пульсации, ребенка сразу приложили к груди матери. Моя задача была достигнута, и права женщины в этих родах были соблюдены. Самым неожиданным было то, что женщина попросила меня “вести” беременность с 18 недели (в правовом поле) и сопроводить (поддержать) в роддоме. Одновременно готовили и супруга, но выбор остался за женщиной. В этой взаимосвязи важны уверенность женщины и доверие друг друга» (личная страница Романа в социальной сети «Фейсбук»).

Во время пребывания в роддоме у Романа появился целый ряд замечаний к организации пространства роддома как ограничивающего и нарушающего права женщин. Прежде всего, его возмутил запрет выходить из отделения: «Нельзя пройти на другой этаж, нельзя выйти во двор или хотя бы на балкон. Женщина превращается в заложника ситуации» (ПМА-2). Также он отметил отсутствие камер хранения для вещей и одежды, что, по его мнению, повышает уязвимость положения пациенток.

Представленный кейс свидетельствует о неблагополучии российской системы родовспоможения, которое выражается в крайнем недоверии врачам и медицинским учреждениям со стороны пациентов. Этот случай необычен: он не вписывается в модель партнерских родов, или родов с сопровождением, когда рядом с женщиной находится близкий человек, который осуществляет уход и эмоциональную заботу, в которых, как показывают исследования, она нуждается в первую очередь (Ангелова, Темкина 2009; Темкина 2016, 2017, 2018; Бороздина, Новкунская 2019). Почему женщина сделала выбор в пользу постороннего мужчины, юриста, а не пригласила мужа или доулу⁵, которые могли бы во время родов оказать ей моральную поддержку? Этот случай позволяет по-новому посмотреть на потребности женщины в родах и на то,

как она реализует свои цели, оставаясь в рамках государственной бесплатной медицины.

Этот кейс интересен также с точки зрения деятельности юриста Романа. Он не является адвокатом по медицинским делам и оказывает юридическую помощь на безвозмездной основе. Своей главной задачей он считает предупреждение нарушений прав пациентов и, соответственно, контроль за действиями врачей и медицинских учреждений (ПМА-1). Роман выступает как правозащитник: защищает людей в уязвимом положении от произвола государственных структур или должностных лиц, действует мирными средствами, апеллирует к правам человека и правовым нормам (Права человека... 2019). Однако способствует ли его деятельность успешному взаимодействию врача и пациента и оказанию полноценной медицинской помощи или подрывает авторитет врача, повышает его уязвимость и в конечном счете осложняет его работу?

Теоретические основания исследования: антропология недоверия

До недавнего времени феномену недоверия уделялось недостаточно внимания в социологических и антропологических исследованиях. Его обычно рассматривали лишь как досадное отсутствие доверия, социальную неудачу или препятствие, которое необходимо преодолеть (Mühlfried 2018: 7). В то же время анализу доверия посвящено немало исследований, ставших классическими в социальных науках. Для Н. Лумана, положившего начало фундаментальным исследованиям доверия, оно является необходимой предпосылкой индивидуального существования. Он отмечает, что доверие помогает управлять жизнью: в его отсутствие «неопределенный страх и парализующий ужас» сделали бы невозможным даже самое простое действие (Luhmann 1979: 4). Г. Зиммель рассматривает доверие как своего рода «социальный клей», вещество, поддерживающее социальную сплоченность и функционирование институтов (1996). Э. Гидденс считает, что доверие особенно важно в условиях современности, для которой характерна опора на внешние экспертные системы, недоступные большинству (Гидденс 2011). В целом доминирует подход, при котором успех или неудача проекта современности измеряются наличием или отсутствием доверия. Так, Ф. Фукуяма определяет доверие в качестве ключевой характеристики развитого человеческого общества, напрямую связанной с политической стабильностью и экономическим успехом (Фукуяма 2004). П. Штомпка считает «глубоко укоренившийся синдром недоверия» главным препятствием на пути демократического транзита (Sztompka 2015: 28).

В последние годы появилось несколько работ, авторы которых предлагают пересмотреть традиционный подход к недоверию. Главным

положением нового подхода, который можно назвать «антропологией недоверия», стал тезис о том, что недоверие не равно отсутствию доверия: оно не является всего лишь оборотной стороной доверия, но обладает собственными качествами и может давать людям определенные возможности (Carey 2017; Mühlfried 2018, 2019).

Открытием этого направления стало также то, что недоверие является вовсе не исключением из социальных правил, а нормой: в тех или иных формах оно присутствует во всех обществах. Почему же оно окружено тишиной? Мюльфред предполагает, что причиной является не столько исследовательская инерция, сколько невольная предвзятость социальных исследований: они предпочитают рассматривать недоверие как нечто пагубное и асоциальное, ведь придание ему позитивного смысла ставит под вопрос действия власти и в конечном счете способно подорвать ее авторитет (Mühlfried 2018: 8).

Вопреки существующим представлениям о том, что отсутствие доверия ведет к пассивности, Мюльфред утверждает, что недоверие может стать активным действием. Представленные в коллективной монографии «Mistrust: Ethnographic Approximations» этнографические примеры показывают, что во многих случаях недоверие способствует активности субъекта, стимулирует познание и инициирует поиск «защитных механизмов», т.е. способов распределения рисков и ослабления зависимостей (Mühlfried 2018: 5). Кэри отмечает, что ошибочно воспринимать недоверие как вечного врага терпимости и свободы: оно основано на определенном взгляде на природу человека и «возникает при слиянии определенных представлений о личности, практик общения и представлений о границах знаний» (Carey 2017: 107).

В свое время Э. Гидденс предложил понятие «активное доверие», отмечая, что в современном мире доверие не следует очевидным образом из предустановленных социальных позиций или гендерных ролей, но должно завоевываться: «Активное доверие предполагает автономию и является мощным источником социальной солидарности» (Giddens 1994: 14). Мюльфред считает, что недоверие является равноценной стратегией вовлечения, которая обладает созидательным потенциалом (например, создает новые «сети доверия») и способствует формированию активной гражданской позиции: «Недоверие – это не только разумная реакция на разоблачения, но и первый шаг к критической политической активности» (Mühlfried 2019: 20). В этой связи представляется возможным сделать еще один шаг и предложить понятие «активное недоверие» для описания различных практик гражданской активности, возникающих в настоящее время, в том числе в отношении врачей и системы здравоохранения в целом.

Таким образом, в настоящее время есть два способа говорить о недоверии: в классических социальных исследованиях недоверие рас-

сматривается как реакция и отсутствие доверия, в антропологии недоверия – как действие и явление *sui generis*. Эти подходы вовсе не исключают, а напротив, дополняют друг друга: первоначальная спонтанная реакция недоверия порождает осознанное активное действие, которое может принимать самые разные формы.

Как проявляется недоверие в сфере здравоохранения? Каким стратегиям следуют пациенты: отказу от лечения, реализуя «первую форму недоверия – бегство» (Mühlfried 2019: 28), или инвестируют в «переориентацию доверия» и создание «новых сетей доверия» – низовых пациентских организаций и групп самопомощи? Какие формы принимает недоверие у женщин, выбирающих как, где и с кем рожать? Какие усилия они готовы предпринять для подготовки собственных родов и уменьшения возможных рисков?

Рассмотрим сначала недоверие врачам и медицине с точки зрения первого подхода – недоверия как спонтанной реакции, – каким оно предстает в мониторингах, опросах общественного мнения и социологических исследованиях. Затем проанализируем недоверие как активное действие, обратившись к приведенному выше случаю правового сопровождения родов.

Кризис доверия врачам и медицине

В настоящее время общепризнанным является факт, что в России сложилось общество недоверия. Ф. Фукуяма относит Россию к странам с низким уровнем доверия, где разрушены все социальные связи, как традиционные, так и формирующиеся в ходе модернизации (2004: 168). Исследования в области развития гражданского общества показывают, что уровень доверия за пределами частных сетей остается чрезвычайно низким (Вахштайн, Степанцов 2017; World Values Survey 2017). В рейтинге доверия разных стран, опубликованном в 2019 г. исследовательской компанией Edelman, Россия заняла последнее место по общему уровню доверия к институтам. Также она оказалась на последнем месте по уровню доверия к общественным организациям и СМИ и в числе лидеров по уровню падения доверия за год (Edelman Trust Barometer 2019).

В этом контексте неудивительно, что недоверие такому важному социальному институту, как здравоохранение, находится на очень высоком уровне и, как показывают недавние опросы общественного мнения, продолжает расти (Левада-Центр 2017; ВЦИОМ 2019; Здоровье Mail.ru 2019; Платформа 2019; ФОМ 2019). Более половины россиян (57%) в случае заболевания не обращаются к врачам, а предпочитают заниматься самолечением; каждый пятый (19%) в принципе старается избегать врачей (Здоровье Mail.ru 2019). 41% (50% в возрасте от 25 до

44 лет) перепроверяют диагнозы и назначения врача, обращаясь за консультацией к другим специалистам, фармацевтам, родственникам и друзьям (ВЦИОМ 2019). Только 11% согласны с утверждением, что врач заинтересован в их здоровье (ФОМ 2019).

Таким образом, категория недоверия объединяет различные стратегии пациентов, например: проверку диагноза, обращение к частной медицине, обращение к альтернативным специалистам и целителям, отказ от медицинской помощи, самолечение. Подобное неразличение практик недоверия порождает множество вопросов: идет ли речь об одном виде недоверия или о разных? Какими причинами обусловлено появление тех или иных форм недоверия? И т.д.

Среди причин недоверия прежде всего отмечают конфликт идеологий внутри системы: с одной стороны, сохранение старой патерналистской модели, с другой – развитие превентивной медицины; с одной стороны – деперсонификация («не здоровье человека, а борьба с болезнью»), с другой – идеология вовлечения пациента (Rivkin-Fish 2005; Аронсон 2006; Платформа 2019). Реформы системы здравоохранения привели лишь к увеличению дистанции между врачом и пациентом, ужесточению регулирования и контроля при сохранении непрозрачности системы (Новкунская 2019; Платформа 2019).

Сфера родовспоможения характеризуется особенно высоким уровнем недоверия, что получило освещение в целом ряде исследований (Rivkin-Fish 2005; Здравомыслова, Тёмкина 2009; Тёмкина 2016, 2017, 2018). Отмечается, что существующие в акушерстве высокие риски создают не только уязвимость пациента, но также повышают уязвимость медицинских работников (Litvina, Novkunskaia, Temkina 2020). Действительно, по данным Следственного комитета РФ, акушерство традиционно занимает лидирующее место по количеству жалоб пациентов (Петрова 2017), а по данным судебно-медицинских экспертов – по числу установленных дефектов оказания медицинской помощи (Лобан и др. 2015).

Как работает недоверие: «защитные меры» пациентов

Как показывают исследования, основными стратегиями женщин по страхованию рисков в родах являются обращение к платной медицине и поиски «хорошего» врача (Здравомыслова, Тёмкина 2009; Тёмкина 2016, 2017, 2018). В крупнейших мегаполисах платный сегмент растет: в 2019 г. платные роды (в государственных роддомах по контракту или ДМС или в частных клиниках) составили 49% в Москве и 47% – в Санкт-Петербурге (Статистика сайта roddom.ru 2019). Однако, как отмечает А. Тёмкина, недостаточно просто «оплатить заботу», чтобы получить желаемый результат. Женщинам приходится вырабатывать раз-

нообразные, зачастую очень сложные стратегии, привлекая деньги, знания и личные социальные сети, для того чтобы совершить оптимальный, с их точки зрения, выбор роддома, врача и акушерки (Темкина 2018). Таким образом в секторе платного родовспоможения пациентки активно осваивают роль требовательного потребителя: это «образованные женщины среднего класса, убежденные, что они должны контролировать свою жизнь, громко заявлять о себе и осуществлять выбор врачей, больниц и вариантов лечения» (Lazarus 1994: 39).

Между тем остаются малоизученными стратегии, которые используют женщины, испытывающие недоверие медицине, но решившие остаться в секторе государственной страховой медицины. В соответствии с Положением «О родовом сертификате» (2006) в рамках ОМС женщина может выбрать роддом, но не может выбрать врача и акушерку, обсудить с врачом сценарии родов и прописать свои предпочтения в договоре – эти возможности существуют только для женщин, рожаящих по контракту или полису ДМС. Вопрос, как избежать рутинной стимуляции родового процесса, к которой зачастую прибегают врачи, работающие «на потоке», остается весьма актуальным. На недавней конференции, посвященной перспективам гуманизации родов в России, вопрос одной из слушательниц: «Как сделать так, чтобы женщина могла родить естественно, не заплатив за это 200 тыс.?»), буквально повис в воздухе. Вместо ответа организаторы конференции пригласили всех рожать у них – в частном московском роддоме, где средняя цена контракта превышает 200 тыс. рублей (ПМА-6).

Многие женщины посещают специальные тренинги по взаимодействию с медицинскими работниками, лекции и вебинары по правам женщин во время беременности и родов, которые проводят доулы и другие перинатальные специалисты. Женщин учат писать заявления-отказы от медицинских манипуляций и правильно заполнять бланки об информированном согласии. (В соответствии с положением об информированном добровольном согласии, ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ 323), пациент может отказаться от любых форм медицинского вмешательства.) Однако медики могут пренебречь предпочтениями женщины, зафиксированными в ее заявлении, сославшись на медицинскую целесообразность и требования безопасности, прописанные в клинических рекомендациях Минздрава. Как призналась одна из моих информанток, акушерка роддома с большим стажем, «даже если женщина напишет от всего отказ, мы будем на нее так давить... Необязательно даже врач будет давить. Придет заведующая, придет начмед, кто-нибудь скажет: она выжила из ума, или надавит на мужа, например, скажет мужу: вы хотите потерять женщину и ребенка?» (ПМА-5).

Ведущие курсов подготовки к родам объясняют, что для усиления своей позиции и установления контроля за действиями врачей женщине

необходима помощь. В соответствии со ст. 51 ФЗ 323 она может взять с собой на роды (по полису ОМС) отца ребенка или иного члена семьи. Однако присутствие родственника далеко не всегда помогает женщине отстоять свои права и избежать нежелательных медицинских вмешательств (Ангелова, Темкина 2009). Одна из моих информанток, профессиональный юрист и доула, делится своими наблюдениями за партнерскими родами: «(Медики) к мужьям иногда относятся так... Если муж очень грозный, то его побаиваются и лишний раз вообще не подойдут. А если муж робкий, могут отнестись несколько пренебрежительно, особенно если он дает понять, что не очень понимает происходящее» (ПМА-3). В рассматриваемом случае женщина решила отказаться от поддержки мужа, так как не была уверена в его способности в решающий момент дать отпор врачам.

А. Тёмкина, описывая стратегии женщин в платном сегменте родовспоможения, отмечала, «Женщины, признавая свою “иррациональность” в момент родов и ограниченные возможности влиять на процесс, передают контроль надежному, рационально действующему профессионалу» (Тёмкина 2018: 223). Кем может быть этот «надежный профессионал», если врачам и акушеркам женщина не доверяет? Эту нишу стремятся заполнить разного рода перинатальные специалисты, прежде всего, доулы, оказывающие «непрерывную профессиональную практическую, информационную и психологическую поддержку женщине в родах» (Сфера деятельности и компетенция родовой доулы 2016). В соответствии с Этическим кодексом доул, контроль за действиями врачей и переговоры относительно медицинских манипуляций не входят в их компетенцию, и они «не гарантируют женщине, что роды пойдут по определенному сценарию» (Этический Кодекс родовой доулы 2016). Тем не менее очевидно, что, не являясь штатным работником, доула в роддоме становится свидетелем: «В отличие от мужа или других родственников, доулы все знают. Если, например, врач подкрадывается с амниотомом (инструмент для прокола плодного пузыря), и говорит: я только посмотреть, доула сделает большие глаза, потому что она знает, что это такое, что ей хотят проколоть пузырь» (ПМА-3).

В приведенном случае приглашенный юрист не выполнял функции доулы, он не находился с женщиной постоянно во время ее пребывания в роддоме: «Я к ней приезжал, уезжал, говорил по телефону, потому что я не мог быть постоянно, но на самих родах я был». Своей главной заслугой Роман считает «пресечение шантажа со стороны врачей» с целью заставить женщину согласиться на медикаментозную стимуляцию родовой деятельности: «Врач подходит и говорит: “Вы знаете, у вас по УЗИ к ребенку через пуповину не поступает кислород”. Она ко мне поворачивается: “Ой, он ведь уже страдает, наверно, надо что-то делать?..” Я так сразу: “Стоп, ты же недавно КТГ⁶ делала”. Это я по-

вернулся к ней, а врач рядом стоял, и говорю: “А по КТГ какие показатели?” Если бы я его спросил, он бы сразу ответил: “А Вы что, врач? Нет? Так что тогда спрашиваете?” Это превратилось бы в какую-то борьбу. Я это прекрасно понимал и чувствовал, что тут идет шантаж. Нужно выбирать нужную тактику. Я повернулся к женщине и говорю: “Спроси у него про КТГ, тебе же недавно делали, 2–3 часа назад”. Она поворачивается и спрашивает: “А КТГ у меня?..” Он сразу отвечает: “Идеальное”. Я сразу ей говорю: “Что весомее: УЗИ или КТГ?” Как только я этот вопрос задал, он сразу сказал: “Ладно, если не будешь рожать, мы через сутки вернемся к этому вопросу”, и ушел» (ПМА-2). Таким образом, юрист выступил в роли посредника, став для женщины тем самым «надежным профессионалом», который помог ей благополучно родить и добиться от врачей соблюдения всех пунктов, на которых она настаивала.

Мои информанты подтверждают, что существует определенный запрос на юридическую помощь во время родов. Марина признает, что к ней нередко обращаются женщины, которых привлекает именно ее двойная квалификация доулы и юриста: «Обычно это такие решительные, современные женщины, они задают такой вопрос: сможете ли вы в родах меня защищать?» (ПМА-3). Многие женщины говорят, что в родах им нужен именно защитник. Елена планировала взять на роды в качестве доулы домашнюю акушерку и ведущую курсов подготовки к родам, которые она посещала во время беременности: «Я просто хочу, чтобы рядом был человек, которому я могу доверять. Именно в процессе родов. Я хочу, чтобы это была Н., не потому что уже кто-то с ней рожал, а я просто боюсь, знаете, сразу представляешь себе больничную палату, к тебе приходит врач, которого ты максимум второй раз в жизни видишь, или акушерка, которая тебя в первый раз, сегодня, увидела. Может быть, она суперклассная, но ты не чувствуешь, что ты можешь ей на сто процентов доверять. Ты вынужден ей на сто процентов доверять, просто потому что у тебя нет выхода. *Она не заслужила твое доверие* (курсив мой. – А.О.), вот как Н., каким-то образом, теми знаниями, которыми она делится, а ты вынужден ей довериться, потому что больше никого нет» (ПМА-4).

Итак, женщины не доверяют врачам и акушеркам роддома, потому что они их не знают и потому что они не «заслужили их доверие». В приведенном кейсе у женщины было хроническое заболевание, поэтому она рожала в профильном роддоме и легла туда заранее, чтобы пройти обследование. Она не обращалась за помощью к юристу, не писала отказы от медицинских обследований и манипуляций по этому заболеванию, поскольку не испытывала недоверия к специалистам данного профиля. Таким образом, было бы неверно утверждать, что она не доверяет врачам и тем более медицине в целом – она не доверяла имен-

но врачам акушерам-гинекологам, работающим в роддоме, потому что допускала, что они могут действовать в каких-то собственных интересах и причинить вред ее здоровью и здоровью ее ребенка.

Как работает недоверие: борьба за контроль

Рассмотрим деятельность юриста Романа, который уже более десяти лет занимается защитой прав женщин и семей сначала как член общественной организации, затем – самостоятельно. На лекциях, вебинарах и в ходе частных консультаций он призывает всех отстаивать свои права: «Если мы знаем свои права, мы можем выстраивать свои взаимоотношения с врачами» (ПМА-1). За юридической поддержкой к нему обращаются родители со всей страны, чаще всего – в связи с проблемами в получении свидетельства о рождении ребенка, появившегося на свет в результате домашних родов, или угрозами со стороны органов опеки по причине домашних родов или отказа от вакцинации детей. Также к нему обращаются в случаях причинения вреда здоровью матери или ребенка в результате халатности или врачебных ошибок работников роддома. В частности, в его практике был случай, когда женщину парализовало после эпидуральной анестезии и при поддержке Романа семья смогла довести дело до конца и получила денежную компенсацию. Он говорит, что «масштаб проблем очень большой» – в среднем пять новых обращений в месяц, и признается: «За годы моей практики, у меня хватит пальцев, чтобы посчитать количество дел, которые были доведены до конца. И не хватит рук, чтобы посчитать, сколько людей отказалось бороться за свои права и довести дело до суда, граждан, которые хотели наказать врачей, но не сумели пойти до конца. Я их не считал, их очень много. Мы общаемся максимум три месяца, потом они или пропадают, или говорят: извините, мы не будем больше этим заниматься. Это все очень печально» (ПМА-1).

Еще одним важным направлением работы Романа стала борьба за изменение статьи 51 ФЗ 323: он считает несправедливым существующее ограничение, когда женщина может взять на роды только отца ребенка или иного члена семьи, и на протяжении нескольких лет обращается в разные инстанции для отмены этого положения.

В целом можно сказать, что его целью является социальный контроль за медицинскими работниками. Его деятельность остается уникальной в своем роде, однако Роман надеется, что в скором времени появятся новые специалисты по медицинскому праву, медицинские юристы и медики с юридическим образованием, выступающие на стороне пациентов. Стоит отметить, что уже сейчас существуют организации, занимающиеся правовой поддержкой пациентов, в том числе в сфере родовспоможения. Например, президент организации «Лига па-

циентов» А. Саверский в популярном издании «Как безопасно родить в России» советует женщинам тщательно изучать свои права при подготовке к родам: «Хочешь мира – готовься к войне. Вы должны знать, какие неприятные ситуации могут возникнуть и как их избежать» (Саверский, Саверская, Никонов 2009).

В свою очередь, медики могут расценивать действия подобных пациентов и их защитников как угрожающие и даже как «пациентский экстремизм» (Litvina et al. 2020: 13). Роман вспоминает, как врач акушер-гинеколог прокомментировал роды, на которых он присутствовал: «Все, пора увольняться. Работать стало невозможно» (ПМА-2). Действительно, медицинские работники оказались в сложной ситуации: с одной стороны, за их работой следят многочисленные контролирующие инстанции, с другой – угрожают своими жалобами требовательные пациенты. Они склонны обвинять в этом пациентов: «Женщины сами, сами вырыли себе яму. Добровольно. Жалуясь на врачей (это известная тема), жалуясь на медиков, добросовестных и недобросовестных, – на всех, вынудили медицинское сообщество (это не российская проблема, это мировая), вынудили медицинское сообщество руководствоваться стандартными инструкциями и уйти от индивидуального подхода» (ПМА-5).

Однако эти соображения не объясняют тот факт, что многие врачи продолжают применять запрещенные приемы. Как отмечает Радзинский, никто не знает реального вклада акушерской агрессии в формирование перинатальной заболеваемости: «Истинное число этих вмешательств скрывают, в частности, нет данных по использованию в родах запрещенных акушерских пособий» (2011: 267–268). Зачастую вмешательства просто не фиксируются в истории болезни, поскольку, как признаются врачи, она «пишется для прокурора». Недоверие пациентов вызывает непрозрачность и двойные стандарты: например, в платных отделениях оказывается возможным многое из того, что запрещено в бюджетных, хотя все врачи должны руководствоваться одними федеральными стандартами (Ожиганова 2019). Это недоверие выражается в требовании усиления контроля: по данным соцопросов, 75% россиян считают необходимым установление независимого контроля качества медицинских услуг, 42% сообщают, что в случае врачебной ошибки обратятся в прокуратуру (ВЦИОМ 2019).

Заключение

Рассмотренный случай юридического сопровождения родов, как своего рода «культурный дисплей», отражает сложную ситуацию, сложившуюся в сфере российского родовспоможения. В западных странах восходящим трендом становится модель акушерской помощи, объеди-

няющая доказавшие свою эффективность медицинские технологии с ценностями гуманизма, учитывающая индивидуальные особенности и ориентированная на сотрудничество врача и пациента (Davis-Floyd 2001: 22). В то же время в России сохраняется довольно жесткое противопоставление «естественных» и «медиализированных» родов, причем сторонники каждого подхода обвиняют другой в акушерской агрессии и отсутствии безопасности. Высокие медицинские риски, существующие в родовспоможении, усугубляются системным организационным кризисом, который создают постоянно возрастающие бюрократические ограничения, тотальная регламентация и контроль. «В итоге пациенты становятся еще более уязвимыми, поскольку множество разного рода вовлеченных профессионалов начинают применять “агрессивные” техники для того, чтобы минимизировать медицинские риски и заставить пациента подчиняться их решениям» (Litvina et al. 2020: 10).

В ситуации недоверия «люди защищают свою индивидуальность и субъектность» (Bürge 2018: 124) посредством «переориентации доверия»: они направляют свои усилия на ослабление существующих связей и на формирование новых отношений (Mühlfried 2019). В нашем случае женщины и врачи ведут борьбу за контроль и «перераспределение власти» (Lazarus 1994: 40). При этом нельзя сказать, что женщины в целом не доверяют медицине, скорее, они испытывают недоверие к конкретным рутинным медицинским практикам. Они ищут способы ослабить свою зависимость от врачей, чтобы самостоятельно совершать выбор, руководствуясь личным опытом и имеющимися у них знаниями, которые они постоянно пополняют, обращаясь ко всем имеющимся в их распоряжении источникам информации: интернет-форумам, группам поддержки, альтернативным перинатальным специалистам. Они создают новые практики недоверия: изучают свои права и способы их обеспечения в условиях роддома, обращаются за помощью к юристам. Зачастую они принципиально отказываются от платной медицины и неформальных платежей и инвестируют свои материальные, организационные и временные ресурсы в укрепление новых «сетей доверия».

По всей видимости, запрос на юридическую защиту во время беременности и родов будет расти, но на данный момент фигура юриста из приведенного кейса – уникальна. Он выступает как частное лицо, но использует свои профессиональные компетенции юриста; оказывает помощь в частном порядке, но предаёт свои действия огласке в социальных сетях; действует самостоятельно, но в интересах определенного сообщества. Медицинские работники могут оценивать его действия как экстремистские, но он не нарушает закон (за исключением того факта, что выдавал себя за родственника женщины) и не занимается преследованием врачей. Можно ли отнести его к категории вигилантов (от исп. *vigilante* – бдительный), т.е. к «гражданам, добровольно и самовольно

принимающим на себя защиту закона и нравственных норм в ситуации, когда государственные органы отсутствуют, бездействуют или поражены коррупцией» (Haas, De Keijser, Bruinsma 2012)? Рассмотрение вигилантизма как формы недоверия может стать темой дальнейших исследований, с учетом того что в современных исследованиях вигилантизм трактуется очень широко, а главной причиной и условием его распространения называется «разрыв справедливости», т.е. бросающееся в глаза несоответствие между желаемым и фактическим (Johnston 1996; Moncada 2017). Но очевидно, что деятельность Романа является одной из форм недоверия – «это стратегия посредничества на пороге правовой системы» (Somparé et Somparé 2018: 134).

Практическим решением кризиса отношений между врачами и пациентами может стать создание института независимых посредников, которые бы осуществляли оценку качества и обоснованности жалоб и занимались разрешением конфликтов между врачами и пациентами, не обращаясь к силовым структурам (Платформа 2019). Новые «сети доверия» могут сформировать низовые пациентские организации, объединения институциональных и альтернативных перинатальных специалистов: врачей, роддомовских акушерок, домашних акушерок, доул, ведущих курсов подготовки к родам, юристов – людей, которые завоевали доверие женщин, делясь своими знаниями и оказывая поддержку.

Понятие «активное недоверие» представляется перспективным при анализе практик пациентов и в целом – гражданского активизма, поскольку оно дает возможность по-новому посмотреть на социальное недоверие и обнаружить в нем позитивный смысл, а не угрозу для общественных институтов: «Вместо того, чтобы чувствовать себя обязанными доверять, граждане могут направить свои усилия на то, чтобы сделать институты более прозрачными» (Mühlfried 2019: 97).

Полевые материалы

Исследование основано на полевых материалах, собранных в Москве и Санкт-Петербурге в 2015–2019 гг. и включающих интервью с доулами, акушерками, врачами акушерами-гинекологами и женщинами (всего более 50 интервью), а также записи различных мероприятий в московских роддомах и онлайн-конференций для перинатальных специалистов. В данной статье используются два углубленных интервью с юристом Романом (имена всех информантов изменены). Первое интервью посвящено его деятельности по оказанию правовой помощи женщинам и семьям в перинатальный период. Второе интервью связано с уникальным в практике Романа случаем сопровождения в родах, а также его борьбой за изменение ст. 51 закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

ПМА-1. Интервью Роман (юрист, правозащитник), I. Москва, 2018. Январь.

ПМА-2. Интервью Роман, II. Москва, 2018. Июнь.

ПМА-3. Интервью Марина (юрист, доула). Москва, 2019.

ПМА-4. Интервью Елена (слушательница курсов подготовки к родам). Москва, 2017.

ПМА-5. Интервью Л.Н. (акушерка). Санкт-Петербург, 2019.

ПМА-6. Конференция «Акушерский союз». Москва, Перинатальный медицинский центр «Мать и дитя». 30.11–01.12.2019.

Примечания

¹ Ятрогенные преступления – разновидность преступлений против жизни и здоровья человека. Преступление становится ятрогенным и влечет за собой уголовную ответственность только в случаях нарушения правил и (или) стандартов оказания медицинской помощи медицинскими работниками в процессе исполнения своих профессиональных обязанностей, вследствие которого наступают общественно опасные действия (Ятрогенные преступления 2019).

² Прием Кристелера и другие способы выдавливания ребенка запрещены в РФ (Клинические рекомендации Минздрава РФ 2014: 10).

³ Описание полевых материалов автора и список интервью см. списке полевых материалов. В целях сохранения анонимности имена всех информантов изменены.

⁴ На самом деле роды длились около 18 часов, что является нормой для первых родов. Женщина легла в роддом заранее, чтобы успеть пройти обследование по своему заболеванию до начала родовой деятельности (ПМА-2).

⁵ Доула в переводе с греческого (Doula) означает «помощница», «прислужница», помощница в родах. Новый вид перинатального специалиста, в России как самостоятельная профессия официально не зарегистрирован. Доула не имеет медицинского образования и оказывает только информационную, физическую и психологическую поддержку (Сфера деятельности и компетенция родовой доулы... 2016).

⁶ КТГ (кардиотокография) – непрерывная синхронная регистрация частоты сердечных сокращений плода и тонуса матки с графическим изображением сигналов на калибровочной ленте.

Литература

Ангелова Е., Тёмкина А. Отец, участвующий в родах: гендерное партнерство или ситуационный контроль // Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности: сб. статей. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2009. С. 473–507.

Аронсон П. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. № 9 (2). С. 120–131.

Бороздина Е.А. Язык науки и язык любви: легитимация независимой акушерской практики в России // Laboratorium. 2014. № 6 (1). С. 30–59. URL: http://www.intelros.ru/pdf/Laboratorium/2014_1/2.pdf

Бороздина Е.А. Создавая естественность: модели естественных родов в современной России // Критическая социология заботы: перекрёстки социального неравенства: сб. статей. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2019. С. 117–138.

Бороздина Е.А., Новкунская А.А. Взгляд пациента на организацию ухода в российских роддомах // Журнал исследований социальной политики. 2019. № 17 (3). С. 439–452 DOI: 10.17323/727-0634-2019-17-3-439-452

В СК РФ впервые прокомментировали дело экс-главы роддома № 27 Марины Сармосян // Vademecum. 2020. 10 января. URL: <https://vademec.ru/news/2020/01/10/sk-rf-prokomentiroval-arest-eks-glavy-roddoma-27-mariny-sarmosyan/>

Вахитайн В.С., Степанцов П.М. Доверие к государственным институтам и стратегии экономического поведения населения. Центр социологических исследований РАНХиГС. 2017. URL: <https://social.ranepa.ru/images/News/2017-03/29-03-2017-opros-gos-inst.pdf>

ВЦИОМ. Качество медицинских услуг: запрос на жесткий контроль, 2019. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=10067>

- Гидденс Э. Последствия современности. М.: Праксис, 2011.
- Здоровье Mail.ru 2019. Больше половины россиян занимаются самолечением, 23 августа. URL: https://health.mail.ru/news/bolshe_poloviny_rossiyan_zanimayutsya/
- Здравомыслова Е., Тёмкина А. «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2009. С. 179–210.
- Зиммель Г. Человек как враг // Избранное: в 2 т. Т. 2: Созерцание жизни. М.: Юрист, 1996.
- Клинические рекомендации Минздрава РФ. Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде. 2014. URL: <https://lgrd-48.ru/upload/medialibrary/d81/d816c21ffe956bb9e4cc031b7ff5eeb7.pdf>
- Левада-Центр. Институциональная коррупция и личный опыт. 28 марта 2017. URL: <https://www.levada.ru/2017/03/28/institutsionalnaya-korrupsiya-i-lichnyj-opyt/>
- Лобан И.Е., Исаков В.Д., Лаврентюк Г.П., Быховская О.А., Филатов А.И. Статистическая характеристика экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях и преступлениях медицинских работников (по материалам СПб ГБУЗ «БСМЭ» 2009–2014 гг.) // Медицинское право: теория и практика. 2015. № 1(1). С. 264–274.
- Насилие в родах. За роды без насилия. ВКонтакте: страница сообщества #насилия_в_родах. URL: https://vk.com/humanize_birth
- Новкунская А.А. Институциональные разрывы преемственности в российском родовспоможении // Критическая социология заботы: перекрёстки социального неравенства: сб. статей. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2019. С. 58–87.
- Ожиганова А.А. Официальное (биомедицинское) и альтернативное (домашнее) акушерство: практики формализованного и неформального взаимодействия // Экономическая социология. 2019. Т. 20, № 5. С. 28–52. URL: https://ecsoc.hse.ru/data/2019/11/30/1519237930/ecsoc_t20_n5.pdf#page=28
- Петрова Т.Н. Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении // Consilium Medicum. 2017. № 19 (6). С. 9–31. DOI: 10.26442/2075-1753_19.6.9-31
- Права человека – XXI век. Материалы дискуссий российских правозащитников, экспертов и ученых в 2019 году / сост. С. Кривенко. М., 2019. URL: https://hrdco.org/wp-content/uploads/sbornik_online.pdf
- Платформа. Кризис доверия и 6 вызовов для системы здравоохранения. Экспертный опрос. 2019. URL: <http://pltf.ru/wp-content/uploads/2019/12/krizis-doveriya-i-6-vyzovov-dlya-sistemy-zdravoohraneniya.pdf>
- Радзинский В.Е., Костин И.Н. Безопасное акушерство // Акушерство и гинекология. 2007. № 5. С. 12–16.
- Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: StatusPraesens, 2011.
- Саверский А.В., Саверская С.А., Никонов Е.П. Как безопасно родить в России. М.: ЭКСМО, 2009.
- Сфера деятельности и компетенция родовой доулы Ассоциации профессиональных доул. Стандарты практики. 2016. URL: <http://doularussia.ru/wp-content/uploads/2016/11/Kompetentsiya-duly-APD.pdf?v=f9308c5d0596>
- Статистика сайта roddoma.ru. Платные роды. 2019. URL: <https://www.roddoma.ru/stat.aspx>
- Тёмкина А.А. Оплачиваемая забота и безопасность: что продается и покупается в родильных домах? // Социология власти. 2016. № 1. С. 76–106.
- Тёмкина А.А. «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка // Экономическая социология. 2017. № 18 (3). С. 14–53. URL: https://ecsoc.hse.ru/data/2017/05/31/1172172613/ecsoc_t18_n3.pdf#page=14

- Тёмкина А.А. Будущая мать как социальный исследователь // Антропологический форум. 2018. № 37. С. 197–230. URL: <http://anthropologie.kunstkamera.ru/files/pdf/037/temkina.pdf>
- ФОМ. О врачах и качестве медицинской помощи. Как оцениваются доступность мед-помощи, квалификация врачей и оснащённость медучреждений? 201913 октября. URL: <https://fom.ru/Zdorove-isport/12346>.
- Фукуяма Ф. Доверие: социальные добродетели и путь к процветанию. М.: АСТ, 2004.
- Этический Кодекс родовой доулы Ассоциации Профессиональных Доул. 2016. URL: <http://doularussia.ru/wp-content/uploads/2016/11/Eticheskij-kodeks-APD-1.pdf?v=f9308c5d0596>
- Ятрогенные преступления // Словарь эксперта. Центр экспертиз при Институте судебных экспертиз и криминалистики. 2019. URL: <https://ceur.ru/library/words/item316495/>
- Bürge M. Mis(sing) Trust for Surviving. Confronting Complexity and the Un/Known in Makeni, Northern Sierra Leone // *Mistrust: Ethnographic Approximations* / ed. by F. Mühlfried. Bielefeld: Transcript Verlag, 2018. P. 105–128.
- Carey M. *Mistrust: An Ethnographic Theory*. Chicago: University of Chicago Press, 2017.
- Davis-Floyd R.E. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001. № 75. S. 5–23.
- Davis-Floyd R.E. The technocratic body and the organic body: Hegemony and heresy in women's birth choices // *Gender and health: An international perspective* / C.F. Sargent, C.B. Brettell (eds.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1996. P. 123–166.
- Edelman Trust Barometer. Global Report. 2019. URL: https://www.edelman.com/sites/g/files/aatuss191/files/201902/2019_Edelman_Trust_Barometer_Global_Report.pdf
- Giddens A. *Beyond Left and Right: The future of radical politics*. Cambridge: Polity Press, 1994.
- Haas N.E., De Keijser J.W., Bruinsma G.N. Public support for vigilantism: An experimental study // *Journal of Experimental Criminology*. 2012. № 8 (4). P. 387–413.
- Johnston L. What is vigilantism? // *British Journal of Criminology*. 1996. № 36 (2). P. 220–236.
- Lazarus E.S. What Do Women Want?: Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth // *Medical Anthropology Quarterly*. 1994. Vol. 8, № 1. P. 25–46. DOI: 10.1525/maq.1994.8.1.02a00030
- Litvina D., Novkunskaia A., Temkina A. Multiple Vulnerabilities in Medical Settings: Invisible Suffering of Doctors // *Societies*. 2020. № 10, 5. DOI: 10.3390/soc10010005
- Lock M. Medicalization and the Naturalization of Social Control // *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures* / C.R. Ember, M. Ember (eds.). N.Y.: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004. P. 116–125.
- Luhmann N. *Trust and Power*. New York: J. Wiley, 1979.
- Moncada E. Varieties of vigilantism: conceptual discord, meaning and strategies // *Global Crime*. 2017. № 18:4. P. 403–423.
- Mühlfried F. Introduction. Approximating Mistrust // *Mistrust: Ethnographic Approximations* (ed. by F. Mühlfried). Bielefeld: Transcript Verlag, 2018. P. 7–22.
- Mühlfried F. *Mistrust: A Global Perspective*. Palgrave Macmillan, 2019.
- Rivkin-Fish M. *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Indiana University Press, 2005.
- Sargent C. *Maternity, medicine and power: Reproductive decisions in urban Benin*. Berkeley: University of California Press, 1989.
- Sargent C. Birth // *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures* / C.R. Ember, M. Ember (eds.). N.Y.: Kluwer Academic/Plenum Publishers 2004. Vol. I. P. 224–230.
- Somparé A.W., Somparé E.B. Mistrust During the Ebola Epidemic in Guinea // *Mistrust: Ethnographic Approximations* / ed. by F. Mühlfried. Bielefeld: Transcript Verlag, 2018. P. 129–145.

World Values Survey. Online Data Analysis, Wave 6: 2010–2014. 2017. URL: <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSONline.jsp>

Sztompka P. Trust, Distrust and Two Paradoxes of Democracy // *European Journal of Social Theory*. 2015. № 1 (1). P. 19–32.

WHO. Human Reproduction Program. 2018. URL: <https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>

Статья поступила в редакцию 2 февраля 2020 г.

Ozhiganova Anna A.

‘ACTIVE MISTRUST’ OF DOCTORS: A CASE STUDY OF LEGAL SUPPORT DURING CHILDBIRTH*

DOI: 10.17223/2312461X/30/10

Abstract. The article discusses the issue of mistrust between patients and doctors, which is particularly acute in the Russian healthcare sector dealing with pregnancy and childbirth (obstetric care), recently shaken by several legal cases. The present study is focused on one specific case involving a woman who invited a legal expert to be present in the delivery room of one of the Moscow hospitals, while she was in labour. Based on this as well as other fieldwork materials, the author analyzes main strategies that women who distrust their doctors use while receiving state-funded healthcare services. Specifically, these women are known to study their rights as patients, consult legal experts, refuse any medical interventions in advance and choose their doulas. The role of the legal expert who defends these women’s rights is also examined in the article. In theoretical terms, the study draws on the anthropology of mistrust, whereby it is suggested that mistrust should be no longer seen in negative light only, as a sign of social failure or an obstacle for the development of social institutions. Proponents of this approach suggest that mistrust is a form of critical thinking realized in a variety of strategies. Taking this theoretical perspective further, the author proposes another term – ‘active mistrust’ (by analogy with ‘active trust’ introduced by Anthony Giddens) – to be used in analysis of patient and civil activism.

Keywords: anthropology of childbirth, anthropology of mistrust, social mistrust, distrust of doctors, birth models, patient-doctor relationship, defensive measures, struggle for control, networks of trust

*The article is published in accordance with the Research Plan of the Institute of Ethnology and Anthropology, Russian Academy of Sciences.

References

Angelova E., Temkina A. Otec, uchastvujushhij v rodah: gendernoe partnerstvo ili situacionnyj kontrol' [Father involved in childbirth: Gender partnership or situational control]. In: *Novyj byt v sovremennoj Rossii: gendernye issledovanija povsednevnosti* [New life in modern Russia: Gender research on everyday life] (eds. E. Zdravomyslova, A. Temkina, A. Rotkirch). St. Petersburg: EUSP, 2009, pp. 473–507.

Aronson P. Utrata institutsional'nogo doveriya v rossijskom zdavookhranienii [Loss of institutional trust in the Russian healthcare sector]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noj antropologii*, 2006, Vol. 9, no. 2, pp. 120–131.

Borozdina E. “Yazyk nauki i yazyk lyubvi”: legitimatsiya nezavisimo akusherskoi praktiki v Rossii [Language of science and language of love: The legitimization of independent midwifery practice in Russia], *Laboratorium: zhurnal sotsial'nykh issledovanij*, 2014, Vol. 6, no. 1, pp. 30–59. Available at: http://www.intelros.ru/pdf/Laboratorium/2014_1/2.pdf

- Borozdina E. Sozdavaya estestvennost': modeli estestvennykh rodov v sovremennoy Rossii [Creating naturalness: Models of natural childbirth in modern Russia]. In: *Kriticheskaya sotsiologiya zaboty: perekrestki sotsial'nogo neravenstva* [Critical sociology of care: The crossroads of social inequality] (eds. E. Borozdina, E. Zdravomyslova, A. Temkina), St. Petersburg: EUSP, 2019, pp. 117–138.
- Borozdina E., Novkunskaia A. Vzgliaď patsienta na organizatsiiu ukhoda v rossiiskikh rod-domakh [The patient's perspective on institutional logics in Russian maternity care], *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki*, 2019, no. 17(3), pp. 439–452. Available at: <https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-3-439-452>
- Bürge M. Mis(sing) trust for surviving. Confronting complexity and the un/known in Makeni, Northern Sierra Leone. In: *Mistrust: Ethnographic Approximations* (ed. by F. Mühlfried). Beilefeld: Transcript Verlag, 2018, pp. 105–128.
- Carey M. *Mistrust: An ethnographic theory*. Chicago: University of Chicago Press, 2017.
- Davis-Floyd R. E. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2001, no. 75, S5–S23.
- Davis-Floyd R. E. The technocratic body and the organic body: Hegemony and heresy in women's birth choices. In: *Gender and health: An international perspective*; C.F. Sargent and C.B. Brettell (Eds.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1996, pp. 123–166.
- Edelman Trust Barometer. Global Report. 2019 Available at: https://www.edelman.com/sites/g/files/aatuss191/files/201902/2019_Edelman_Trust_Barometer_Global_Report.pdf
- FOM. O vrachah i kachestve medicinskoj pomoshhi. Kak ocenivajutsja dostupnost' medpomoshhi, kvalifikacija vrachej i osnashhennost' meduchrezhdenij? [Doctors and the quality of medical care. Assessing the accessibility of medical care, doctor qualifications, and medical equipment] October 13, 2019. Available at: <https://fom.ru/Zdorove-isport/12346>
- Fukuyama F. *Doverie: social'nye dobrodeteli i put' k процветанию* [Trust: Social virtues and the path to prosperity]. Moscow: AST, 2004.
- Giddens A. *Beyond Left and Right: The future of radical politics*. Cambridge: Polity Press, 1994.
- Giddens A. *Posledstviya sovremennosti* [The consequences of modernity], Moscow: Praxis, 2011.
- Haas N.E., De Keijser J. W., Bruinsma G. N. Public support for vigilantism: An experimental study, *Journal of Experimental Criminology*, 2012, no. 8(4), pp. 387–413.
- Health Mail.ru. Bol'she poloviny rossijan zanimajutsja samolecheniem [More than half of Russians self-medicate], August 23, 2019. Available at: https://health.mail.ru/news/bolshe_poloviny_rossijan_zanimayutsya/
- Jeticheskij Kodeks rodovoj douly [Code of Ethics of doulas]. Assotsiatsiya professional'nykh doul [The Association of Professional Doulas]. 2016. Available at: <http://doularussia.ru/wp-content/uploads/2016/11/Eticheskij-kodeks-APD-1.pdf?v=f9308c5d0596>
- Johnston L. What is vigilantism? *British Journal of Criminology*, 1996, no. 36(2), pp. 220–236.
- Klinicheskie rekomendacii Minzdrava RF. Okazanie medicinskoj pomoshhi pri odnoplodnykh rodah v zatylochnom predlezhanii (bez oslozhnenij) i v poslerodovom periode [Clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation. Providing medical care for singleton births in the occipital presentation (without complications) and in the postpartum period]. 2014. Available at: <https://lgrd.48.ru/upload/medialibrary/d81/d816c21ffe956bb9e4cc031b7ff5eeb7.pdf>
- Lazarus E.S. What do women want?: Issues of choice, control, and class in pregnancy and childbirth, *Medical Anthropology Quarterly*, 1994, Vol. 8, no. 1, pp. 25–46. <https://doi.org/10.1525/maq.1994.8.1.02a00030>
- Levada Center. *Institutsional'naya korruptsiya i lichnyy opyt* [Institutional corruption and personal experience]. March 28, 2017. Available at: <https://www.levada.ru/2017/03/28/institutsionalnaya-korruptsiya-ilichnyj-opyt/>

- Litvina D., Novkunskeya A., Temkina A. Multiple vulnerabilities in medical settings: Invisible suffering of doctors, *Societies*, 2020, no. 10, 5. doi:10.3390/soc10010005
- Loban I. E., Isakov V. D., Lavrentyuk G. P., Bykhovskaya O. A., Filatov A. I. Statisticheskaya kharakteristika ekspertiz po delam o professional'nykh pravonarusheniakh i prestupleniyakh meditsinskikh rabotnikov (po materialam SPb GBUZ «BSMJe») 2009–2014 gg.) [Statistical assessment of violations of law among medical workers and of crimes committed by them (Based on the materials of the St. Petersburg Forensic Bureau, 2009 to 2014)]. *Meditsinskoe pravo: teoriya i praktika*, 2015, Vol. 1, no. 1, pp. 264–274.
- Lock M. Medicalization and the naturalization of Social control. In: *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Ember C.R. and Ember M. (eds.). N.Y.: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004, pp. 116–125.
- Luhmann N. Trust and power. New York: J. Wiley, 1979.
- Moncada E. Varieties of vigilantism: Conceptual discord, meaning and strategies, *Global Crime*, 2017, no. 18:4, pp. 403–423.
- Mühlfried F. *Introduction. Approximating mistrust. Mistrust: Ethnographic approximations* (ed. F. Mühlfried). Beilefeld: Transcript Verlag, 2018, pp. 7–22.
- Mühlfried F. *Mistrust: A global perspective*. Palgrave Macmillan, 2019.
- Rivkin-Fish M. *Women's health in post-Soviet Russia: The politics of intervention*. Indiana University Press, 2005.
- Nasilie v rodakh. Za rody bez nasiliya [Violence in childbirth. For childbirth without violence]. Stranica soobshhestva VKontakte [VKontakte webpage]. Available at: https://vk.com/humanize_birth
- Novkunskeya A. Institutsional'nye razryvy preemstvennosti v rossiyskom rodovspomozhenii [Institutional discontinuities in Russian obstetric care]. In: *Kriticheskaya sotsiologiya zaboty: perekrestki sotsial'nogo neravenstva* [Critical sociology of care: The crossroads of social inequality] (eds. E. Borozdina, E. Zdravomyslova, A. Temkina). St. Petersburg: EUSP, 2019, pp. 58–87.
- Ozhiganova A. Ofitsial'noe (biomeditsinskoe) i al'ternativnoe (domashnee) akusherstvo. Praktiki formalizovannogo i neformal'nogo vzaimodeystviya [Official (biomedical) obstetrics and alternative (home) midwifery: Formalized and informal interaction practices], *Ekonomicheskaya sotsiologiya*, 2019, Vol. 20, no. 5, pp. 28–52. doi: 10.17323/1726-3247-2019-5-28-52
- Petrova T.N. Osobennosti rassledovaniya prestupleniy, svyazannykh s nekachestvennym okazaniem meditsinskoy pomoshchi pri rodovspomozhenii [Features of the investigation of crimes related to poor-quality medical care during childbirth]. *Consilium Medicum*, 2017, Vol. 19, no. 6, pp. 9–31. DOI: 10.26442/2075-1753_19.6.9-31
- Platform. *Krizis doveriya i 6 vyzovov dlja sistemy zdavoohraneniya* [Confidence crisis and 6 challenges for the healthcare system]. Expert survey. 2019. Available at: <http://pltf.ru/wp-content/uploads/2019/12/krizis-doveriya-i-6-vyzovov-dlya-sistemy-zdravoohraneniya.pdf>.
- Prava cheloveka – XXI vek. Materialy diskussij rossijskikh pravozashhitnikov, jekspertov i uchenykh [Human rights, 21st century. Discussions among Russian human rights activists, experts and scientists] (ed. by S. Krivenko). Moscow, 2019. Available at: https://hrdco.org/wp-content/uploads/sbornik_online.pdf
- Radzinsky V.E., Kostin I.N. Bezopasnoe akusherstvo [Safe obstetrics], *Akusherstvo i ginekologiya*, 2007, no. 5, pp. 12–16.
- Radzinsky V.E. *Akusherskaya agressiya* [Obstetric aggression]. Moscow: StatusPraesens, 2011.
- Rivkin-Fish M. *Women's health in post-Soviet Russia: The politics of intervention*. Bloomington, IN: Indiana University Press, 2005.
- Sargent C. *Maternity, medicine and power: Reproductive decisions in urban Benin*. Berkeley: University of California Press, 1989.
- Sargent C. Birth. In: *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and illness in the world's cultures*, Volume I, C.R. Ember and M. Ember (eds.). N.Y.: Kluwer Academic/Plenum Publishers 2004, pp. 224–230.

- Saversky A.V., Saverskaya S.A., Nikonov E.L. *Kak bezopasno rodit' v Rossii* [How to give birth safely in Russia]. Moscow: EKSMO, 2009.
- Sfera dejatel'nosti i kompetencija rodovoj douly. Standarty praktiki* [The scope and competence of the doulas. Standards of practice]. Assotsiatsiya professional'nykh doul [The Association of Professional Doulas]. 2016. Available at: <http://doularussia.ru/wp-content/uploads/2016/11/Kompetentsiya-duly-APD.pdf?v=f9308c5d0596>
- Simmel G. *Chelovek kak vrag* [Man as an enemy]. Selected works in 2 Volumes. Vol. 2. Moscow: Jurist, 1996.
- Somparé A W., Somparé E.B. Mistrust during the Ebola epidemic in Guinea. In: *Mistrust: Ethnographic Approximations* (ed. by F. Mühlfried). Beilefeld: Transcript Verlag, 2018, pp. 129–145.
- Statistics roddoma.ru. Platnye rody* [Paid childbirth]. 2019. Available at: <https://www.roddoma.ru/stat.aspx>
- Sztompka P. Trust, distrust and two paradoxes of democracy. *European Journal of Social Theory*, 2015, no. 1(1), pp. 19–32.
- Temkina A. Oplachivaemaja zabota i bezopasnost': chto prodajotsja i pokupaetsja v rodit'nyh domah? [Paid care and safety: What is sold and bought in maternity hospitals?]. *Sociologija vlasti*, 2016, no. 1, pp. 76–106.
- Temkina A. «Ekonomika doveriya» v platnom segmente rodovspomozheniya: gorodskaya obrazovannaya zhenshhina kak potrebitel' i patsientka ['Economy of trust' in commercial obstetric care: Educated urban women as consumers and patients]. *Ekonomicheskaya sotsiologiya*, 2017, Vol. 18, no. 3, pp. 14–53. Available at: https://ecsoc.hse.ru/data/2017/05/31/1172172613/ecsoc_t18_n3.pdf#page=14.
- Temkina A. Budushchaya mat' kak sotsial'nyy issledovatel' [Mother-to-be as a field researcher: The strategies of private obstetrics provision in urban Russia]. *Antropologicheskij forum*, 2018, no. 37, pp. 197–230. Available at: <http://anthropologie.kunstkamera.ru/fi/les/pdf/037/temkina.pdf>
- Vakhstein V.S., Stepanov P.M. *Doverie k gosudarstvennym institutam i strategii jekonomicheskogo povedenija naselenija* [Confidence in state institutions and strategies for the economic behaviour of the population], Center for Sociological Research RANEP, 2017 Available at: <https://social.ranepa.ru/images/News/2017-03/29-03-2017-opros-gos-inst.pdf>
- V SK RF vpervye prokommentirovali delo jeks-glavy roddoma No 27 Mariny Sarmosjan [For the first time, the Investigative Committee of the Russian Federation commented on the case of the former head of the maternity hospital No. 27, Marina Sarmosyan]. *Vademecum*. January 10, 2020. Available at: <https://vademec.ru/news/2020/01/10/sk-rf-prokommentiroval-arest-eks-glavy-roddoma-27-mariny-sarmosyan/>
- WCIOM. *Kachestvo medicinskih uslug: zapros na zhestkij kontrol'* [Quality of medical services: Request for tight control]. 2019. Available at: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=10067>
- WHO. *Human Reproduction Program*. 2018. Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>
- World Values Survey. Online data analysis*, Wave 6: 2010–2014. 2017. Available at: <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSONline.jsp>
- Yatrogennye prestupleniya [Iatrogenic crimes]. In: *Slovar' eksperta. Tsentr ekspertiz pri Institute sudebnykh ekspertiz i kriminalistiki* [Expert dictionary. Center for Assessment at the Institute of Forensic Examination and Forensic Science]. 2019. Available at: <https://ceur.ru/library/words/item316495/>
- Zdravomyslova E., Temkina A. “Vracham ya ne doveryayu, no...” Preodolenie nedoveriya k reproduktivnoy meditsine [‘I don’t trust doctors, but...’ Establishing trust in reproductive medicine]. In: *Zdorov'e i doverie: gendernyy podkhod k reproduktivnoy meditsine* [Health and trust: The gender approach to reproductive medicine] (Eds. E. Zdravomyslova and A. Temkina). St. Petersburg: EUSP, 2009, pp. 179–210.