

СОЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БИМЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ*

© 2015 А.С. Курленкова

Ключевые слова: биомедицина, западная медицина, репродуктивная медицина, медиализация, технологизация, забота, нарративная медицина, субъективные смыслы, феноменология, кризис доверия, социальное неравенство, исследования науки и технологий, профессиональная идентичность.

Аннотация: В статье представлены работы российских исследователей в области антропологии и социологии биомедицинской науки и практики. Показаны ключевые понятия, используемые для анализа этого поля, такие как медиализация и технологизация медицинской помощи, кризис доверия, социальное неравенство и др., а также теоретические ориентации исследователей – феминизм, неовеберовский подход в социологии профессий, феноменология, исследования науки и технологий. Поле медицинской науки и практики пока еще мало обжито отечественными исследователями, что в какой-то степени объясняется сложностями «входа» в него.

Понятие «биомедицина» используется для обозначения доминирующей медицинской теории и практики, появившихся в евро-американских обществах и широко распространившихся по всему свету. В качестве синонимов этого понятия также называют западную, аллопатическую, научную, модерновую, космополитическую медицину. Основной фокус биомедицины – «человеческая биология, или, если быть точным, физиология, даже патофизиология» (Hahn, Kleinman 1983: 305). Антропологи Р. Хан и А. Клейнман интерпретируют биомедицину как социокультурную систему, состоящую из пяти частей: особый домен и система знаний, называемых «медицина»; разделение труда (т.е. медицинские специальности); соответствующие роли, правила практики и взаимодействия, а также институциональная среда; способы социализации, через которые этот домен и его процедуры усваиваются и воспроизводятся; а также деятельность по конструированию знания (т.е. биомедицинские исследования) (Там же: 306).

Исследователи замечают, что эстафету в изучении биомедицины антропологи переняли у социологов: «Антропологи вернулись из других стран [где они изучали другие этномедицинские традиции, - прим. А.К.], чтобы пойти по следам, оставленным социологическими пионерами» (Там же: 305). Среди важных социологических вех авторы цитаты отмечают работы Т. Парсонса (1951), Р. Фокс (1979), Э. Фрейдсон (1970). Одним из знаковых книг по антропологии биомедицины стал сборник «Врачи западной медицины» под редакцией Р. Хана и Э. Гейнса (1982), объединивший статьи разнообразной тематики: от меняющихся объяснительных моделей менопаузы, используемых гинекологами, семейными врачами и другими людьми (М. Лок), до этиологической теории и терапевтического подхода «христианских психиатров» (Э. Гейнс). Р. Хан, Э. Гейнс и А. Клейман показали биомедицину как легитимное поле для социальных исследований, в котором можно искать и анализировать те же объекты, что и в других (экзотических) (этно)медицинских системах.

С учетом вышесказанного, в данной статье мне было интересно подвести некоторую промежуточную черту под теми социальными исследованиями, которые проводились в поле отечественной биомедицины с начала 1990-х годов: попытаться выделить ключевые исследовательские объекты, темы, а также, по возможности, теоретические, через которые авторы смотрят на мир сегодняшней биомедицинской науки и практики в России. Выбор проектов является, скорее, делом личных предпочтений, чем результатом строгого методического отбора. Важными опорными точками в этом обзоре для меня стали работы по историографии зарубежных социальных исследований биомедицины (Ярская-Смирнова, Романов 2004, Михель 2010, 2011, 2013, Харитоновна 2011, Ожиганова 2011).

Поле российской биомедицинской науки и практики можно охарактеризовать как пока что плохо обжитое. Наиболее освоенной его частью можно назвать область репродуктивной медицины, которая с 2000-х гг. расширяется, благодаря усилиям исследователей гендера. В теоретическом плане их работы опираются на подходы феминисток, занимавшихся проблемами материнства и деторождения (R. Davis-Floyd, A. Oakley, C. Davies, E. Martin); авторов, разрабатывающих понятие медиализации культуры (M. Foucault, I. Zola, P. Conrad, D. Lupton); социологию профессий (T. Parsons, E. Freidson).

Векторными темами гендерных исследований становится *медиализация* и *технологизация* родов и репродуктивной медицины. Анализируется развитие этих понятий в западной литературе (Михель 2011, Темкина 2014): показывается рост экспертного медицинского знания и медицинских категорий в немедицинских сферах жизни, увеличение власти биомедицины как инструмента биополитики национальных государств. Отмечается, что сфера репродукции особенно политизирована, что проявляется, например, в законодательном ограничении на аборт, которое должен соблюдать врач (до 22-ой недели беременности). «Государство требует от гинекологов реализации его политической воли, ориентированной на прирост населения» (Здравомыслова, Темкина 2011:28). Отмечается также, что использование концепта медиализации на российской почве имеет ряд ограничений: в России врачи не обладают достаточными ресурсами и автономией, в то время как объем бюрократической ответственности, «бумажной работы», лежащей на них, высок (Новкунская 2015, Здравомыслова, Темкина 2011). «Женщины обеспокоены не столько избыточным доминированием медиков (хотя и этим тоже), сколько возможностью получить доступ к новым высокотехнологичным комфортабельным сервисам здравоохранения, развивающимся в последнее десятилетие, а также поиском «своих», «доверенных» врачей, которые могут обеспечить надежное и эффективное обслуживание во время беременности и родов» (Темкина 2014).

В связи с технологизацией медицины рассматриваются значения, придаваемые врачами, акушерками и пациентами различным биомедицинским технологиям: эпидуральной анестезии (Мельникова 2014), контрацепции (Темкина 2013), вспомогательным репродуктивным технологиям (Ткач 2013, Исупова и др. 2015).

Объектом внимания становятся стратегии де-медиализации репродукции: мифология и практики «естественных» родов как способа вывести опыт беременности и родов из-под экспертного знания профессионалов и нормализующего контроля биомедицинских институтов «назад» в зону «локального, интуитивного, практического знания будущей матери» (Бороздина 2014:34) (Belousova 2002, Мельникова 2012). Обращение к альтернативным родам связывается с неудовлетворенностью женщин системой родовспоможения в государственных больницах (разделением матери и ребенка, игнорированием ее мнения при обсуждении методов лечения, запретом на встречи с мужем и родственникам, грубым

обращением), а также особым «духовным» значением сексуальных отношений, зачатия и родов (Belousova 2002).

Отдельной темой становится *кризис доверия* к медицинским профессионалам в современной России и индивидуальные стратегии его преодоления (Здравомыслова, Темкина 2009, 2011, Rusinova, Brown 2002). Под редакцией Е. Здравомысловой и А. Темкиной вышло два издания, подробно раскрывающие проблему доверия в репродуктивной сфере: «Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине» (2009) и «Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы» (2011). Недоверие к миру биомедицины проявляется в недоверии к самому экспертному знанию, институциональной среде, отказе от ряда фармацевтических препаратов, в первую очередь сильнодействующих, антибиотиков, «синтетических препаратов» (Аронсон 2006, Rusinova, Brown 2002). Отсутствие доверия приводит к поиску стратегий преодоления недоверия: в частности, поиск «врача по знакомству», неформальные платежи (Здравомыслова, Темкина 2009, Бредникова 2009), практики самолечения (Аронсон 2006, 2009), избегание контакта с медицинскими учреждениями, мониторинг репутации учреждений и специалистов, привлечение посредников, являющихся «инсайдерами медицинского поля» (Здравомыслова, Темкина 2011). Установлению доверия способствуют личные качества врача, эмоциональный персонализированный контакт (Бороздина 2011). Подчеркивается, что отношения доверия – это реципрокные отношения; недоверие, проявляемое пациентами, тревожит также и врача: оно воспринимается как барьер для общения и комплаентности пациентов (Здравомыслова, Темкина 2011).

Отношения между медперсоналом в роддомах и женских консультациях и пациентами рассматриваются, вслед за работами феминисток, через призму категории *заботы* (Бороздина 2011, Мельникова 2014).

Эффективность профессиональной работы гинеколога, по мысли Е. Бороздиной, во многом зависит от того, выстраивает ли он(а) свои отношения с пациентом по модели заботы. При этом модель заботы противоречит институционально продвигаемой модели взаимодействия врача и пациента, основанной на медицинских стандартах, министерских приказах и внутренних правилах (Бороздина 2011:69). В некоторых случаях заботливое, более личное отношение врача связано с тем, что прием ведется по договоренности за деньги (Красильникова 2011).

Отдельное место занимает анализ государственной политики в отношении семьи и деторождения, реформ здравоохранения, направленных на стимулирование рождаемости (Rivkin-Fish 2005, Бороздина и др. 2014). Подробно рассматривается влияние национального проекта «Здоровье» на современную обстановку в российских медицинских учреждениях (Ярская 2011, Присяжнюк 2012). Реформа здравоохранения, по замечанию Л.В. Пановой и Н.Л. Руссиновой, привлекла внимание исследователей к проблеме *социального неравенства* в доступе к медицинской помощи, так как сопровождалась «резким дефицитом финансирования отрасли и масштабным привлечением средств самого населения к оплате медицинских услуг» (2005: 127; см., например, ряд исследований о различиях в доступности медицинских услуг для разных групп в сборнике статей под ред. С.В. Шишкина, 2008). В сборнике «Здоровье населения и национальные реформы: социально-антропологический анализ» под ред. В.Н. Ярской (2011) отмечается, что модернизация системы здравоохранения спровоцировала усиление сегрегации населения по признаку дохода, что привело к изменению ценностей и поведения различных групп населения, появлению тактик деконструкции статуса медицинского профессионала, развитию практик неформальных платежей в больницах (Там же:10–11), лечения «по знакомству». Результаты исследований показали бреши и недостатки современной медицинской системы в России, которая во многом продолжает оставаться патерналистской, т.е. «субъект-объектной», несмотря на законодательно закреплённую необходимость информированного согласия.

Авторами «Здоровья населения...» был, помимо прочего, затронут вопрос о необходимости взаимного сотрудничества врачей и пациентов, развиваемого в рамках идеи так называемой *нарративной медицины*. Было отмечено, что в отечественной медицине «врачи уделяют минимальное значение перцептивной стороне общения, которая заключается в процессе восприятия и познания друг друга партнерами по общению и установлению на этой основе взаимопомощи» (Там же:130). Один из авторов сборника, А.С. Готлиб, социолог, руководитель исследовательского проекта «Субъективные смыслы болезни и их реализация в медицинских практиках» (Самара, 2008–2010 гг.), попыталась проанализировать «экзистенциальное» измерение опыта хронически больных людей. В современном обществе, пишет А.С. Готлиб, разрушаются четкие границы между болезнью и здоровьем, происходит «хроникализация современного

общества» – то есть пациент не выздоравливает и не умирает, а находится «в или вне состоянии ремиссии». Человек живет с болезнью, при этом современная медицина к этому «абсолютно глуха» (Готлиб 2011:147). На основе собранных материалов исследовательница составила *классификацию смыслов*, придаваемых жителями Самары своим хроническим болезням, а также проанализировала, как они представлены количественно в сознании разных демографических групп хронических больных города.

Важнейшая идея А.С. Готлиб – необходимость утверждения в российской медицине новой модели отношений «врач-пациент», реализуемой в практике нарративной медицины – «“этике заботы” о конкретном больном человеке», живущем с болезнью и наделяющем ее конкретными смыслами. В рамках своего проекта исследовательница также провела анализ отношения самарских врачей к нарративной медицине, который показал, что большинство опрошенных готово выслушать больного, но не использует эту информацию в своей практике. Аналогично, было показано, что пациенты не склонны рассказывать врачам о своих переживаниях. Этот «заговор молчания», согласно А.С. Готлиб, есть «результат торжества биомедицинской модели в отечественной медицине с ее абсолютной глухотой к экзистенциальному контексту болезни» (Там же:159).

Идеи нарративной медицины как пути дальнейшего развития отечественной медицины и преодоления последствий медикализации развивает В.Л. Лехциер. Опираясь на книгу антрополога А. Клейнмана, «Нарративы болезни: страдание, лечение и человеческое состояние», В.Л. Лехциер говорит не только об этической, но и о прагматической важности принятия во внимание субъективных интерпретаций, придаваемых людьми опыту болезни. Хронически больные, пишет исследователь, проживают «жизни-в-интерпретации», то есть исследуют свои состояния, подмечают мельчайшие изменения в своих ощущениях, изо всех сил пытаются понять опыт своей болезни, придать ему смысл, связать его с другими жизненными событиями. В признании этих субъективных опытов переживания болезни заключены новые возможности для медицины: эмпатическое слушание пациента, понимание модели, с помощью которой он объясняет хроническую болезнь, поможет сделать существующую терапию более эффективной (Лехциер 2009). Исследователь, вслед за западными коллегами, говорит не только о

необходимости «нарративизации взаимоотношений врач-пациент, но и о нарративном будущем медицины в целом, нарративном видении здравоохранения» (Лехциер 2010:9). Вопросам нарративной медицины, обыденных представлений людей о своих хронических заболеваниях посвящен сборник статей под его редакцией «Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине» (2012).

Еще один объект социальных исследований – *профессиональная идентичность медицинских специалистов*. В русле неовеберианской социологии профессий исследуется профессионализация российских врачей (Мансуров В., Юрченко О. 2011, Присяжнюк 2012). Показано, что «социальный институт врачебной профессии практически на протяжении всей истории своего существования был включен в институт государства»; важное исключение составил период с середины XIX века по 1917 г., когда происходило складывание профессиональных ассоциаций врачей, а также время после реформ 1990-х гг., «вновь открывшее перспективы саморегулирования для врачей» (Мансуров, Юрченко 2011: 172). В целом отмечается, что до настоящего времени в системе здравоохранения сохраняется чрезмерный государственный контроль; врачи контролируют содержание и программу обучения по медицинским специальностям, однако их автономия и саморегуляция ограничены медицинскими стандартами, бюрократическим контролем (Присяжнюк 2012). Помимо профессиональной группы врачей, в фокусе исследовательского внимания оказывается также средний медицинский персонал: в частности, движение за независимое акушерство, конструирующее собственную профессиональную юрисдикцию в противовес врачебной (Бороздина 2014). Оригинальный подход к концептуализации объектов в поле биомедицины предлагается в рамках исследований науки и технологий (STS). Внимание исследователей перестает быть обращенным на «тело», «заболевания», «профессиональные идентичности», «модели взаимодействия» как объекты медицинского вмешательства и потенциальные предметы социального анализа. Интересны становятся *медицинские практики и вещи*, которые *делают* (от англ. – enact – букв. «приводят в действие») *медицинские «сущности»*, благодаря чему эти некогда константные предметы рассыпаются в руках, так что каждый раз мы имеем дело уже с новой сущностью. Так, в книге «Множественное тело» голландской АСТ-исследовательницы АннМари Мол, перевод отрывка из которой был представлен в недавнем выпуске «Социологии

власти» (№1, 2015)¹, атеросклероз, диагностируемый сосудистым хирургом через общение с пациентом и пальпацию стопы, отличается от атеросклероза, который устанавливается под микроскопом патологоанатома. Вместе с утратой медицинскими объектами их онтологического статуса, теряют смысл традиционные иерархии этих объектов – клетка как часть органа, орган как часть тела, тело как часть эпидемиологической единицы (популяции). Согласно Мол, «поворачивая камеру и фокусируя её на другом объекте», врач «приводит в действие» различные реальности болезни: когда хирурги обсуждают, следует ли лечить атеросклероз инвазивно, «пораженной сущностью» является пациент в целом; на хирургическом же столе атеросклероз находится в больной артерии (которая при этом существует не внутри, а «параллельно» с пациентом, в другом репертуаре работы врача) (Мол 2015: 237).

Аналогично, не только больной человек «включён» в медицинскую статистику, но и сама статистика «случается» с пациентом – например, когда врач принимает решение не обсуждать с пациентом уровень холестерина в крови, видя, что показатель его холестерина ниже, чем средний показатель у «данной группы населения» (Там же: 244).

Современные исследователи медицины в духе STS занимаются, среди прочего, анализом развития медицинских инноваций, жизни научных лабораторий по производству биомедицинских знаний. Исследователи науки и технологий пытаются понять значение деятельности, мифологию, культуру «странного племени» сотрудников научной лаборатории, подобно антропологам, изучающим верования и культуры народа; они описывают науку в процессе ее создания, *science-in-the-making* (Латур, Вулгар 2012: 179, 184, 191). В то время как в целом проектов по изучению жизни лабораторий и клинических исследований (как на животных, так и на людях) в России пока практически нет, следует отметить появляющийся интерес в этом направлении. Так, особенности отношений пациентов и исследователей в рандомизированных контролируемых исследованиях, посвященных сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ), анализируется в работе О. Звонаревой (Zvonareva et al. 2015). Глубинные интервью с участниками и исполнителями исследований в 3-х российских регионах показали, что их интерес в участии связан с персонифицированной, долгосрочной заботой, которую они получают в рамках клинических исследований ССЗ – фактически, недоступной для них во время рутинного визита к терапевту или кардиологу.

Другие исследования особенностей производства биомедицинского знания – это, скорее, исторические и литературные реконструкции, не подразумевающие собственно включенного наблюдения в лабораториях. Так, Д. Михель проводит исторический анализ развития микробной теории в России на фоне эпидемий холеры начала века, описывая особенности работы Одесской бактериологической лаборатории, открытой в 1886 году (Михель 2012). М. Кожевникова показывает линии споров о нравственной и биологической границах между человеком и животным, разворачивавшиеся в мировой и отечественной науке в связи с экспериментами И.И. Иванова в 1930-х гг. по скрещиванию человека и человекоподобных обезьян, современными экспериментами по ксенотрансплантации, созданию трансгенных животных (Кожевникова 2015).

Заключение

Представленные исследовательские статьи основаны по большей части на включенном наблюдении и глубинных интервью с пациентами и медицинскими работниками; они выполнены преимущественно в качественной методологии. Основными объектами интереса социальных исследований биомедицины на данном этапе являются профессиональные идентичности медицинских специалистов, модели взаимодействия между старшим и средним врачебным персоналом и пациентам; субъективные значения, которые пациенты связывают со своими заболеваниями, роль и значение биомедицинских технологий. Важными для понимания современной ситуации в биомедицине, в глазах исследователей, становятся такие понятия, как «медиализация», «социальное неравенство», «доверие», «забота», «нарративная медицина». Последние три понятия могут заключать, по мысли авторов, пути возможного преодоления кризиса в отечественной биомедицине: установление диалогичных, доверительных отношений, создание «модели заботы» в отношениях врач-пациент, включение объяснительной модели пациента в терапевтический процесс. Появляются также первые работы, анализирующие практики производства биомедицинского знания в клинических исследованиях.

В качестве теоретической базы отечественные социологи используют феминистские работы по деторождению и репродуктивному здоровью, неовеберианский подход в социологии профессий. Субъективные смыслы хронических болезней (В. Лехциер, А. Готлиб) рассматриваются через

призму феноменологического подхода, а также идей нарративной медицины, развиваемой А.Клейнманом, Ч. Маттингли и Л. Гарро. Социальное неравенство в доступе разных групп населения к медицинским ресурсам, распределение власти и доверия среди медицинских профессионалов и других людей проблематизируются в духе критического (политэкономического) подхода. Перспективным для этого поля также оказывается (по следам А. Мол) аналитический потенциал акторно-сетевой теории.

Можно сказать, что постепенно происходит консолидация сообщества исследователей, занимающихся социальными исследованиями в поле российской биомедицины, переводом литературы по социологии и антропологии медицины, тела, науки на русский язык, историографическим анализом важных теоретических понятий и подходов. Платформами, обеспечивающими возможности такой консолидации, являются научные журналы: «Журнал исследований социальной политики» (см. спецвыпуски «Медикализация общества: теория, история, микрополитика», №3, 2009, «Репродуктивная медицина: социальный контроль и родительская ответственность», №3, 2014), «Медицинская антропология и биоэтика», «Журнал социологии и социальной антропологии», «Социология власти», «Этнографическое обозрение» (см. спецвыпуски «Медицинская антропология: история, теория и практика», №3, 2011, «Биоэтика, медицинская антропология и антропологическое знание», №3, 2013). Научные дискуссии по проблемам антропологии / социологии биомедицины происходят в рамках ежегодных симпозиумов, проводимых Ассоциацией медицинских антропологов и группой медицинской антропологии на базе Института этнологии и антропологии (к настоящему моменту проведены три мероприятия), конференций по исследованию науки и технологий (организуемых Центрами STS при Томском государственном университете и Европейском университете), разнообразных конференций и семинаров по социологии медицины.

Примечания:

¹См. также рецензию на книгу в том же номере журнала, выполненную Д. Сивковым.

* Печатный вариант статьи опубликован в издании: *Феномен междисциплинарности в отечественной этнологии*. Отв. ред. и сост. Комарова Г.А. – М.: ИЭА РАН, 2015.

Библиография:

- Аронсон, П. (2006) Утрата институционального доверия в российском здравоохранении, *Журнал социологии и социальной антропологии*, №2, с. 120–131.
- Бороздина, Е. (2014) Язык науки и язык любви: легитимация независимой акушерской практики в России, *Laboratorium*, №1, с. 30–59.
- Бороздина, Е. (2011) Медицинская помощь беременным: в поисках заботы. Е. Здравомыслова, А. Темкина (ред.), *Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы. Сборник статей*, СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 54–83.
- Бороздина, Е., Здравомыслова, Е., Темкина, А. (2014) «Чтобы выдрать клочок, нужно приложить максимум усилий». Семейная политика поддержки материнства: как ей воспользоваться? М. Пугачева, В. Жаркова (ред.) *Пути России. Новые языки социального описания*, М.: Новое литературное обозрение, с. 280–294.
- Бредникова, О. (2009) Покупая компетенцию и внимание: практики платежей во время беременности и родов. Е. Здравомыслова, А. Темкина (ред.), *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине: Сборник статей*, СПб: Издательство ЕУСПб, с. 211—233.
- Готлиб, А.С. (2011) Современные отечественные медицинские практики в экзистенциальном измерении. В.Н. Ярская (ред.), *Здоровье населения и национальные реформы: социально-антропологический анализ*, М.: Вариант, ЦСПГИ, с. 146–158.
- Здравомыслова, Е., Темкина, А. (2009) «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине. Е. Здравомыслова, А. Темкина (ред.), *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине: Сборник статей*, СПб: Издательство ЕУСПб, с. 179–210.
- Здравомыслова, Е., Темкина, А. (2011) Доверительное сотрудничество во взаимодействии врача и пациентки: взгляд акушера-гинеколога. Е. Здравомыслова, А. Темкина (ред.), *Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы. Сборник статей*, СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с.23–53.
- Исупова, О., Белянин, А., Гусарева, А. (2015) Модернизация «устоев и корней»: семья и новые репродуктивные технологии. Е.Г. Ясин (ред.) *XV апрельская международная научная конференция по проблемам развития*

экономики и общества: в 4-х книгах, М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, с. 19-30.

Кожевникова, М. (2015) Гибриды и химеры человека и животного в науке: история и современное состояние исследований. С. Соколовский (отв. ред.) *Инновации в антропологии: новые направления, объекты и методы в российских антропологических исследованиях*, М.: ИЭА РАН, с. 14–34.

Лехциер, В. Л. (2009) Субъективные смыслы болезни: основные методологические различия и подходы к исследованию, *Социологический журнал*, № 4, с. 22–40.

Лехциер, В. Л. (2010) Раненый рассказчик: на пути к нарративной медицине, *Вестник Самарского государственного университета*, № 5, с. 5–18.

Лехциер, В. Л. (2012) *Общество ремиссии на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр.*, Самара: Изд-во «Самарский университет».

Мельникова, О. (2012) Переопределение родовспоможения в родительских интернет-дискуссиях (на примере томского форума), *Журнал исследований социальной политики*, № 10(3), с. 377–392.

Мельникова, О. (2014) Медицинская помощь во время родов: забота и технологии, *Журнал исследований социальной политики*, № 12(3), с. 337–352.

Мансуров, В., Юрченко, О. (2011) Российские врачи: профессионализация «сверху» или саморегулирование профессии. П. Романов, Е. Ярская-Смирнова (ред.), *Антропология профессий, или посторонним вход разрешен*, М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, с. 171–187.

Михель, Д.В. (2010) *Социальная антропология медицинских систем: медицинская антропология: учеб. пособ. для студентов*, Саратов: Новый Проект.

Михель, Д. (2012) Из лаборатории в поле: анализ кейса развития микробной теории в России, *Социология власти*, №6–7, с. 52–66.

Михель, Д.В. (2011) Медикализация как социальный феномен, *Вестник Саратовского государственного технического университета*, Т. 4, № 2, с. 256–263.

Михель, Д.В. (2013) Изучая культуру, здоровье и болезнь: медицинская антропология как область знания, *Вестник Саратовского*

государственного технического университета, № 2 (70), Выпуск 1, с. 205–217.

Ожиганова, А.А. (2011) Антропология и медицина: перспективы взаимодействия (дискуссия 1980-х–2000-х годов), *Этнографическое обозрение*, №3, с. 10–21.

Панова, Л.В., Руссинова, Н.Л. (2005) Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи, *Социологические исследования*, № 6, с. 127–136.

Присяжнюк, Д. И. (2012) *Трансформация профессии врача в условиях реформы здравоохранения*, Диссертация на соискание ученой степени кандидата социологических наук, Москва, Высшая школа экономики.

Романов, П.В., Ярская-Смирнова, Е.Р. (2010) Образ власти и власть образа. Больное тело в культуре, *Теория моды*, № 18, с. 91—116.

Темкина, А. (2013) Советы гинекологов о контрацепции и планировании беременности в контекст современной биополитики в России, *Журнал исследований социальной политики*, Том 11, № 1, с. 7–24.

Темкина, А. (2014) Медикализация репродукции и родов: борьба за контроль, *Журнал исследований социальной политики*, Т. 12, № 3, с. 321–336.

Ткач, О. (2013) «Наполовину родные»? Проблематизация родства и семь в газетных публикациях о вспомогательных репродуктивных технологиях, *Журнал исследований социальной политики*, Том 11, №1, с. 49–68.

Харитоновна, В.И. (2011) Медицинская антропология на Западе и в России, *Этнографическое обозрение*, № 3, С. 3–10.

Шишкин, С.В. (2008) *Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность*, М.: Независимый институт социальной политики.

Шишкин, С., Потапчик, Е., Селезнева, Е. (2013) Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития, *Вопросы экономики*, № 4, с. 94–112.

Ярская, В.Н. (2011) *Здоровье населения и национальные реформы: социально-антропологический анализ*, М.: Вариант, ЦСПГИ.

Ярская-Смирнова, Е.Р., Романов, П.В. (2004) *Социальная антропология*, Ростов-на-Дону: Феникс, 387 с.

- Belousova, E. (2002) The 'Natural Childbirth' movement in Russia: self-representation strategies, *Journal of the Slavic and East European Folklore Association*, 7(2), p. 50–77.
- Fox, R. (1979) *Essays in Medical Sociology: Journeys into the Field*, New York, Wiley.
- Freidson, E. (1970) *Profession of Medicine*, New York, Dodd, Mead.
- Hahn, R.A., Kleinman, A. (1983) Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions, *Annual Review of Anthropology*, Vol. 12, p. 305–333.
- Parsons, T. (1951) *The Social System*, Glencoe, III: Free Press.
- Rivkin-Fish, M. (2005) *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*, Bloomington: Indiana University Press.
- Rivkin-Fish, M. (2010) Pronatalism, Gender Politics, and the Renewal of Family Support in Russia: Toward a Feminist Anthropology of “Maternity Capital”, *Slavic Review*, Vol. 69, № 3, p. 701–724.
- Zvonareva, O., Engel, N., Martsevich, S., de Wert, G., Horstman, K. (2015) International clinical trials, cardiovascular disease and treatment options in the Russian Federation: Research and treatment in practice, *Social Science & Medicine*, Vol. 128, p. 255–262.