
СОЦИАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ РОДОВ (СЛУЧАЙ ЦЕНТРА АКУШЕРСКОГО УХОДА)

Екатерина Бороздина

Практика «естественных» родов предполагает отказ от медицинского вмешательства в процесс рождения ребенка и активное участие матери в принятии решений относительно родоразрешения. Распространение данной практики в России, происходящее с 1990-х гг., является одним из наиболее значимых вызовов официальному медикализованному подходу к репродуктивным практикам. Как сторонники, так и противники «естественных» родов связывают их с некими «природными» родами, которые не опосредованы социально. Цель статьи состоит в том, чтобы, обратившись к категории социального контроля, проанализировать социальную основу «естественных» родов и определить ключевые принципы их организации. Работа выполнена в качественной традиции социологического исследования: практика «естественных» родов рассматривается на базе данных глубинных интервью с акушерками и их клиентками, а также материалов наблюдения на курсах подготовки к «естественным» родам.

Ключевые слова: естественные роды, акушерский уход, социальный контроль, социология деторождения, социальные трансформации российского родовспоможения

Введение

Как на уровне обыденных представлений, так и в значительной части академических исследований, «естественные» роды и роды в медицинском учреждении рассматриваются в качестве двух существенно противопоставленных друг другу феноменов. Начиная с 1970-х гг., когда изучение репродуктивной сферы стало легитимным направлением социологичес-

Екатерина Александровна Бороздина – к.с.н., научный сотрудник факультета политических наук и социологии Европейского университета в Санкт-Петербурге. Электронная почта: eborozdina@eu.spb.ru

кого анализа, и по настоящее время сопоставление двух этих противоположностей выступает центральной осью, организующей исследования родов и помощи в них (Graham, Oakley 1979; Oakley 1979, 1984; Jordan 1997; Davis-Floyd 2001; Jones 2012). Настоящая статья призвана внести вклад в данную дискуссию. Ее цель состоит в том, чтобы рассмотреть «естественные» роды на уровне повседневных практик, реализуемых в одном из российских центров акушерского ухода, и выявить особенности их социальной организации.

В первой части статьи дается определение «естественных» родов как социального феномена, а также обозначаются ключевые теоретические противоречия, связанные с использованием данного понятия в социальных исследованиях. Далее приведено краткое описание исследуемого случая (центра акушерского ухода), представлены методы сбора и анализа материалов. Третья часть посвящена критике медикализованного подхода к родовспоможению и анализу того, как в рамках данного подхода интерпретируется «контроль» над родами. В четвертой части на основе анализа материалов эмпирического исследования рассматривается специфика осмысления и реализации контроля в «естественных» родах.

«Естественные» роды: определение и критика понятия

В социологической литературе и в акушерской деятельности категория «естественные» роды используется для описания особой системы идеологических представлений и практик, связанных с подготовкой к родам, помощью в них и послеродовым уходом. Эта система рассматривается как альтернативная по отношению к господствующему в современном здравоохранении взгляду на деторождение. Ее возникновение относится к 1960-м гг., когда в рамках акушерского движения, движения за права пациентов и феминизма второй волны в США и Западной Европе была выдвинута критика принятого в медицине, механистического подхода к женскому телу и женским репродуктивным опытам.

Мишенью критики выступили, с одной стороны, представления о женском теле как об уязвимом, непредсказуемом и отклоняющемся от нормативного образца мужской телесности (Bordo 1993), а, с другой стороны, редукция многообразного репродуктивного опыта женщины к физиологическим процессам, метафорическое восприятие деторождения как череды действий по производству продукта-ребенка (Oakley 1979). В совокупности эти положения легитимировали интенсивное вмешательство врачей в течение беременности и родов. Задача медиков состояла в том, чтобы на основании стандартизированных научных схем управлять работой несовершенной машины – женским телом (Martin 1992).

«Естественный» подход к родам противопоставил данному (медицинскому) взгляду видение женского организма как сильного, здорового

и прекрасно приспособленного для рождения ребенка, а женщин – как субъектов, способных принимать осознанные решения относительно репродуктивных практик. Вместо технологической модели родов, в которой роженица сводится к своей анатомии, а ее переживания фрагментируются, была выдвинута концепция родов как целостного жизненного опыта, включающего в себя эмоциональную и духовную составляющие (Davis-Floyd 2001; Beloousova 2002).

Однако понятие «естественные» роды как антоним понятия «медицилизированные» роды является теоретически проблематичным. Возникшее в качестве идеологической категории понятие при попытке применить его для изучения повседневных феноменов зачастую обращается в эмпирическую категорию, с помощью которой авторы указывают на различные практики родовспоможения, так или иначе отступающие от медицинской модели родов, принятой в их стране или регионе. Так, «естественными» могут быть названы роды через естественные родовые пути, а не посредством кесарева сечения; роды, которые ведет акушерка, а не врач; роды в воде и т.п. В результате «естественные» роды становятся «скользким» концептом (slippery concept) (Macdonald 2006: 251), т.е. концептом, который угрожает превратиться в простую отсылку к эмпирическому референту и требует в связи с этим особой осторожности при его использовании в аналитических целях.

Следует выделить и несколько ловушек, в которые попадают исследователи «естественного» родовспоможения. Первой из них выступает ловушка эссенциализации «естественных» родов. Как показывают антропологи, роды, будучи одним из важнейших событий жизненного цикла человека, социально оформляются и регулируются в любых культурах (Jordan 1978). Однако многие сторонники «естественного» подхода, а также ученые, поддавшиеся очарованию исследуемого дискурса (Kitzinger 1988; Davis-Floyd, Davis 1996; Cheyney 2008), склонны разделять миф о «свободном» рождении, которое якобы существовало в прошлом и все еще распространено в неиндустриальных обществах. Подобная эссенциализация нередко сопровождается романтизацией «естественных» родов. Осуждая технологическую модель родов, распространенную в развитых странах, некоторые авторы противопоставляют ее предискурсивному, «подлинному», природному опыту родов, который переживают женщины в других культурах (Macdonald 2006: 239). «Естественные» роды нерелексивно морализуются – ассоциируются с биологической предопределенностью и, следовательно, с нормальным и правильным течением физиологических процессов (хотя в современной культуре столь же правомерной была бы параллель между «естественностью» и невежеством, опасностью).

Вторая ловушка состоит в проблематичности жесткого противопоставления «естественного» и медицилизированного родовспоможения (а соответственно, и определения «естественных» родов через эту оппозицию)

(Beckett 2005; Walsh 2010). Частично данное противопоставление обосновывается описанным выше спорным различием «природного» опыта рождения ребенка и опыта деторождения, который контролируется социально (прежде всего, медициной). Но граница между «естественными» родами и родами в больнице может проводиться и по другим критериям: в частности, как выделение «тёплой» заботы и участливого акушерского ухода, с одной стороны, и «холодной», обезличенной и технологизированной врачебной помощи, с другой (Bondas 2002). Подобный подход, однако, не принимает во внимание, что «естественное» родовспоможение предполагает определенные (в том числе и медицинские) вмешательства (Lowis, McCaffery 2004: 10–11), и что технологические приспособления часто выступают непременным материальным условием осуществления заботы (Mol 2008: 5). Так, даже в практике «естественных» родов в домашних условиях акушерки нередко применяют баллоны с кислородом для реанимации новорожденных.

Анализируя доктрину движения за «естественные» роды (в том числе и в России), социологи и антропологи обычно называют «естественными» роды, которые соответствуют следующим критериям. Во-первых, роженица и ее партнер рассматриваются как активные участники процесса родов, принимающие решения наравне с врачами и акушерками. Во-вторых, «естественная» модель родов предполагает, что родители должны предварительно подготовиться к данному опыту как физически, так и психологически. В-третьих, принципиальным моментом «естественных» родов выступает минимальное использование (отказ от) медицинского вмешательства (Beloousova 2002; Mansfield 2008).

Однако подобное определение «естественных» родов через перечисление их основных характеристик (зачастую выделяемых самими активистами акушерского движения) представляется недостаточным. В настоящей статье мы обратимся к повседневному уровню родовспоможения и к тому, как «естественность» родов проявляется через конкретные практики. Мы постараемся не только описать данные практики, но и социологически осмыслить их, прежде всего, посредством обращения к категории «контроль», которая является ключевой для современных исследований репродуктивной медицины (см. статью А. Темкиной в данном номере).

В фокусе нашего внимания будут находиться «естественные» роды в роддоме. Роды в этом случае проходят в больничной палате, оснащенной всем необходимым оборудованием, в них принимают участие профессионалы-медики, ведение родов соответствует нормам и бюрократическим требованиям министерства здравоохранения; но, несмотря на все эти черты, такие роды определяются их участниками как «естественные». Обратившись к этому примеру, мы постараемся идентифицировать и аналитически описать ключевые социальные правила организации «естественных» родов, правила, следование которым позволяет производить «естественность» рождения ребенка даже в больничных условиях.

«Естественные» роды в роддоме: описание исследуемого случая

Практика «естественных» родов в стенах медицинских учреждений возникла и утвердилась во многих развитых странах во второй половине прошлого века в связи с развитием акушерского движения. В России первые центры акушерского ухода при государственных роддомах, предоставляющие подобный сервис, появились в конце 1990-х гг. Они создавались в крупных городах как структурные подразделения роддомов, либо как частные фирмы, активно сотрудничающие с конкретными роддомами. Вне зависимости от особенностей организационно-правового статуса таких центров основная услуга, которую они предлагали и предлагают своим клиенткам – возможность пережить «естественные» роды в больничных условиях, под присмотром профессиональных медиков.

Идеальным типом «естественных» являются так называемые «домашние» роды, при которых ребенок появляется на свет не в палате роддома, а в приватной обстановке при помощи акушерки (или без ее участия в случае «соло-родов») (Пивоварова 2013; Belousova 2002). Однако многие родители, стремящиеся избежать врачебной интервенции в процесс деторождения, одновременно осознают риски для здоровья, связанные с этим опытом. Они понимают, что в родах может возникнуть ситуация, угрожающая жизни матери и ребенка и требующая экстренного применения медицинских технологий. Кроме того, в нашей стране оказание помощи в «домашних» родах не лицензируется (Приказ... 2012), т.е. «естественные» роды в больничных условиях – единственный легальный вариант «естественных» родов в присутствии квалифицированного помощника.

Мы рассмотрим случай Санкт-Петербургского центра акушерского ухода «Радуга»¹, который является одним из самых успешных российских примеров реализации практики «естественных» родов в стенах медицинского учреждения. Центр был создан в 1997 г. в качестве хозрасчетного отделения родильного дома № 15 (ныне роддом № 17)². На момент проведения исследования (февраль-сентябрь 2013 г.) персонал центра состоял из шести акушерок, принимающих роды и ведущих курсы по подготовке к ним, а также трех акушерок, работающих в послеродовом отделении.

Работа «Радуги» организована на основе принципа преемственности, т.е. создания непрерывной цепочки: подготовка к родам – роды – послеродовой уход. Центр принимает на обучение женщин и пары, которые ожидают ребенка, на сроке беременности до 25 недель. Подготовка к родам включает в себя 12 занятий в роддоме по 4 часа (лекция, зарядка, обучающий фильм),

¹ Название центра указано с согласия информантов.

² К моменту выхода статьи в печать центр «Радуга» стал подразделением Санкт-Петербургского родильного дома №6 им. проф. В. Ф. Снегирева.

занятия в бассейне и посещение бани. Все классы проводят акушерки. При необходимости клиентка (семья) пользуется консультацией врачей роддома и его диагностическими возможностями.

Предполагается, что женщины (семьи), которые прошли подготовку по этой программе, будут рожать с той же акушеркой, которая вела курсы. Роды проходят в специально оборудованном помещении в родильном отделении, по возможности с использованием воды, и принятия роженицей различных положений. В «Радуге» существуют послеродовые палаты, где роженица находится под присмотром акушерок центра. После выписки акушерка обычно навещает клиентку дома, чтобы помочь наладить грудное вскармливание и ответить на вопросы родителей, связанные с уходом за младенцем и здоровьем матери.

За 2013 г. в «Радуге» было 394 случая родов; из них 370 через естественные родовые пути. В 39 случаях роды проходили на кровати Рахманова, в 13 случаях применялась эпидуральная анестезия. Средний возраст первородящих клиенток центра составил 28,5 лет (возраст младшей из рожениц – 21 год, старшей – 41 год).

Эмпирическая основа данной работы – полуструктурированные интервью с акушерками, принимающими роды в «Радуге» (N=7), и клиентками центра (N=12), а также материалы наблюдения на курсах подготовки к родам (24 часа наблюдения). Тексты интервью и наблюдений были проанализированы и выделены в тематические блоки: 1) определение «естественных» родов; 2) подготовка роженицы (в том числе и самостоятельная) к таким родам; 3) взаимодействие акушерки и роженицы во время родов; 4) сравнение медикализованных и «естественных» родов¹.

Стоит подчеркнуть, что анализируя практику «естественных» родов, мы сосредоточимся на взаимодействии между двумя основными ее сторонами – женщиной и акушеркой. В исследуемом центре в родах нередко участвует партнер роженицы и, пусть минимально, но задействован врач акушер-гинеколог: он присутствует при поступлении пациентки в роддом и осматривает мать уже после появления ребенка на свет. Однако, на мой взгляд, рассмотрение позиций партнера и врача в «естественных» родах – предмет отдельного изучения.

Контроль над родами в медикализованном родовспоможении

«Контроль» является ключевой категорией, используемой для описания современного института родовспоможения и принятых в нем практик (Ginsburg, Rapp 1991; Zadoroznyj 1999; Carter 2010; Здравомыслова, Темкина

¹ Исследование выполнено при поддержке Novartis AG, в рамках профессуры А.Темкиной по общественному здоровью и гендеру.

2011). Роженицы, их партнеры, акушерки и врачи воспринимаются, с одной стороны, как те, кому структурно вменен контроль над различными аспектами репродуктивного опыта, а, с другой стороны, как агенты, которые стремятся к расширению сферы своего контроля над деторождением.

Из множества интерпретаций контроля над родами для нас будут важны два его аспекта: контроль как возможность осуществлять рациональные выборы и принимать осознанные решения в родах; и контроль как способность женщины выступать в качестве «того, кто рождает», т.е. переживать и истолковывать собственные телесные ощущения, управлять своим телом в процессе рождения ребенка (Namey, Lyerly 2010: 771–772).

В рамках другой научной традиции – в исследованиях заботы – эти два вида контроля могут быть соотнесены с логикой выбора и логикой заботы, соответственно. Тогда в первом случае исследовательское внимание обращено на пациенток и медиков как субъектов рационального выбора и на его доступные варианты. Во втором же случае участники родов будут рассмотрены, скорее, в качестве субъектов разнообразных типов активности, а анализ сконцентрируется на том, как они *действуют* в конкретной ситуации, справляясь со стоящей перед ними практической задачей (Mol 2008: 8–10, 52).

«Естественные» роды выступают альтернативой по отношению к медикализованному взгляду на репродуктивные опыты и в качестве таковых опосредованы данным взглядом (Viisainen 2001: 1110). Поэтому мы начнем с рассмотрения названных аспектов контроля применительно к господствующей медицинской модели.

Контроль как способность управлять своим телом. Способность контролировать свое тело и свои эмоции является одним из базовых моральных требований, которое общество предъявляет ко взрослому индивиду. В этом смысле период ожидания ребенка – редкий случай, когда женщине, не считающейся больной, дозволяется терять контроль над своей телесностью. Беременность и в особенности роды в современной культуре рассматриваются как время, когда изменяющееся тело становится неуправляемым, берет верх над разумом и, разделяемое с плодом, перестает полностью принадлежать самой женщине (Carter 2010: 995; Lupton 2012: 4).

В рамках господствующего медицинского взгляда на деторождение телесность матери фрагментируется. Действующими агентами оказываются гормоны, сокращающаяся на схватках матка, будущий ребенок. Способность женщины как социального субъекта сознательно влиять на них представляется весьма ограниченной (Akrich, Pasveer 2004: 69). Вышедшие из повиновения телесность и эмоции воспринимаются в качестве постоянного источника опасности для физического благополучия матери и младенца: ребенок может принять неправильное положение перед родами, воды могут отойти слишком рано, начавшиеся схватки

могут «замереть». Ситуация утраты контроля над телом создает риски для социального лица женщины и грозит социальными последствиями. Например, информантки рассказывают истории, как в знакомой семейной паре партнер, присутствовавший на родах, перестал считать молодую мать привлекательной. Таким образом, рождение ребенка определяется в современном обществе, с одной стороны, через утрату женщиной контроля над своей телесностью, а, с другой стороны – через настоятельную потребность восстановить этот контроль.

Медицина выступает в роли основной инстанции, которая способна рационально контролировать «неуправляемое» тело женщины. Подобный контроль, прежде всего, обеспечивается тем, что врачи создают собственный дискурс, позволяющий описывать и классифицировать изменения материнской телесности (как явствует из сказанного выше, сама неподконтрольность женского тела интерпретируется в медицинских категориях). От будущей матери ожидается, что благодаря консультациям с акушером-гинекологом, чтению пособий для родителей, посещению специализированных курсов она усвоит данный язык, и это позволит ей, если не контролировать, то хотя бы понимать происходящие в ее теле процессы (Browner, Press 1996: 144).

На практике врачи и акушерки, следуя стандартизированным схемам ведения родов, корректируют отклоняющиеся от нормы телесные процессы и снижают степень неопределенности в ситуации рождения ребенка. Роды становятся более предсказуемыми, что ассоциируется с большей безопасностью для здоровья матери и младенца. Одна из акушерок, участвовавших в исследовании, описывает действия медиков как нормализующую реакцию на «поведение» организма роженицы:

Мы, в смысле наш роддом, и вообще, многие [роддома – Е.Б.] пытаются алгоритмизировать акушерский уход. Значит, прямо такое дерево: если отошли воды, а срок такой-то; а если отошли воды и температура; а если температура, и воды не отошли (акушерка, 52 года).

Немаловажно и то, что применение медицинских технологий позволяет женщине родить «с достоинством», сохранив лицо даже в такой экстремальный момент ее жизни. Как отмечают канадские исследователи, некоторые представительницы среднего класса, предпочитающие кесарево сечение в качестве метода родоразрешения, объясняют свой выбор тем, что операция избавит их от «хаоса и нечистоты» родов через естественные родовые пути (Malacrida, Boulton 2012: 760–762).

Контроль как право выбора. Возможность осуществлять выбор относительно своих жизненных опытов и благодаря этому реализовывать контроль над ними является одной из ключевых ценностей среднего класса. Данное положение справедливо и применительно к ситуации родов (Zadoroznyj 1999). Высоко образованные, финансово обеспеченные

родители, привыкшие принимать рациональные стратегические решения по поводу своей работы и организации семейной жизни (или, по крайней мере, полагающие, что они должны принимать решения такого рода), ориентируются на следование данному стандарту и в случае рождения ребенка. Они стремятся обрести сведения о различных способах родоразрешения и применяемых в родах технологиях, выяснить, какие роддома и врачи обладают хорошей репутацией, обеспечить доступ к ним (Здравомыслова, Темкина 2009; Мельникова 2012). Семьи и матери, не придерживающиеся этого пути, социально маркируются как «безответственные» и «некультурные», безразличные к собственному здоровью и здоровью будущего ребенка (Одинцова 2009).

Однако возможность пациенток осуществлять выбор относительно помощи в родах, в действительности простирается лишь до пределов родильного зала. И даже женщины среднего класса, во все другие моменты способные выступать в роли рефлексивных потребителей медицинских услуг, переступив порог больничной палаты, делегируют контроль над своим телом и родами медицинским профессионалам (в первую очередь врачу):

Если мать – это сердце родов, акушер – это руки родов, а вот, мозг родов – это все-таки врач, который руководит всем процессом. То есть в моем случае роды вела не акушерка, а врач, и не я сама, а врач, который, в общем, поэтапно за нами наблюдал, корректировал, давал указания, где-то мне там ручкой махал, да, пальчиком грозил. То есть он распорядитель этого банкета, условно говоря (роженица, 30 лет, высшее образование, один ребенок).

Пациентка может попытаться заранее договориться с медиками относительно сценария родов и применяемых в них техник (в России это возможно, прежде всего, в случае платных родов), у нее также есть право отказаться от медицинских вмешательств. Тем не менее в современном обществе, где монополия на авторитетное знание о деторождении принадлежит врачам (Jordan 1997), приоритетом в определении стратегии родоразрешения обладает акушер-гинеколог. Например, будущая мать, рассчитывавшая на анестезию, может не получить ее, поскольку акушер-гинеколог установил, что пациентка прибыла в роддом на стадии родов, при которой уже поздно применять обезболивание. И безусловно, помимо того, что врач обладает преимущественным правом контролировать деторождение в силу своей экспертной позиции, в момент родов у женщины зачастую просто нет сил настаивать на использовании тех или иных форм медицинского вмешательства или отказаться от них¹.

¹ Как отмечают отечественные исследовательницы (Темкина, Ангелова 2009: 488), участие отца в родах – один из способов преодолеть данную проблему. В этом случае функция партнера состоит в том, чтобы «контролировать ситуацию» – добиваться внимания персонала и информации об осуществляемых ими действиях.

В результате даже наличие предварительных договоренностей не гарантирует, что роды пройдут в соответствии с предпочтениями пациентки. И речь здесь идет не только о ситуациях, когда внезапно возникшие осложнения требуют изменения изначальных планов. Например, одна из матерей, с которыми я проводила интервью, заключила договор на платные индивидуальные роды в частном роддоме. Одним из ее условий, на которое врач первоначально согласилась, была возможность рожать на обычной кровати. Во время потужного периода акушер-гинеколог все же поместила женщину на кровать Рахманова, хотя роды проходили нормально и не требовали значительного медицинского вмешательства:

На самом деле, про эту несчастную кровать Рахманова я договаривалась с врачом, то есть я сказала, что я не хочу лежать, давайте как-нибудь по-другому, как мне будет удобно. «Хорошо», – сказала врач. А потом выяснилось, что она имела в виду первый период, когда только схватки. И там действительно очень лояльно. А уже на потуге все-таки загоняют на кровать. То есть не то, чтобы загоняют. Я лежала на кушетке. Мне сказали: «О! Сейчас будем тужиться!». Ее пересобрали, и она превратилась в кресло Рахманова неожиданно для меня. Но мне уже было не до того, чтобы как-то защищаться (роженица, 29 лет, высшее образование, двое детей).

Родить самой: контроль и забота в «естественных» родах

В отличие от медикализованного взгляда, в основе практики «естественных» родов лежит представление о том, что женщина может (и должна) выступать в качестве главного действующего лица процесса деторождения. От пациентки ожидается способность контролировать свое тело в момент появления ребенка на свет. Речь, однако, идет не столько о попытках рационально управлять телесностью и делать осознанный выбор по поводу техники родов, сколько о способности матери быть «тем, кто рождает» – «присутствовать в теле», переживать свои телесные ощущения и следовать за ними.

В общем-то, надо женщине дать право уйти в свои роды, да, и она должна прочувствовать вот тот процесс, а мы со стороны из-за угла должны за ней наблюдать. Значит, если мы видим, что, да, она дышит, да, она поет. Значит, это хорошо, значит, она действительно рождает. А если женщина ничего не делает, она не передвигается, она замыкается [в себе – Е.Б.], значит, родов нет (акушерка, 50 лет).

Подобная способность матери контролировать процесс родов не воспринимается акушерками как нечто само собой разумеющееся, как некое природное свойство, которым обладает любая женщина. «Естественный» подход к деторождению предлагает иную, отличную от медикализованной, рамку интерпретации репродуктивных опытов, которую

роженнице следует усвоить перед появлением ребенка на свет. И то, что будущая мать выбирает «естественные» роды с акушеркой, не означает, что она может «ничего не делать» в родах или делать «что угодно» (Manfield 2008: 1087).

«Естественные» роды – событие, требующее от женщины даже более тщательной подготовки, чем роды медикализованные. Во-первых, как и в случае с медикализованными родами, от нее ожидается освоение новых знаний, которые помогут понять происходящие в ее теле изменения. При этом объем этих знаний, в целом, больше, чем при подготовке к «традиционным» родам с врачом. Как показывают материалы настоящего исследования, люди, выбирающие «естественные» роды – по большей части, представительницы образованного среднего класса, которые уже обладают достаточными сведениями о родах и практиках родовспоможения (это необходимо им хотя бы для того, чтобы прийти к идее родов в центре акушерского ухода). В качестве пациенток центра они стремятся еще более глубоко разобраться в особенностях своего состояния и в «естественном» подходе к рождению ребенка. Вот как одна из информанток описывает подготовку к родам, которой она занималась в дополнение к специализированным курсам:

Да, читала я довольно много – Сирсов, Мишеля Одена, вот эту всю литературу [...] И так получилось, что я углубилась в английские сайты, не в английские, а просто англоязычные. Поскольку как-то много, гораздо больше можно почерпнуть информации в англоязычном интернете. Кроме того, я еще занималась дома, купила себе диск с какими-то упражнениями для беременных (роженница, 35 лет, высшее образование, двое детей).

Во-вторых, значительное внимание со стороны сотрудников центра уделяется тому, чтобы женщина освоила телесные навыки, которые пригодятся ей в родах, в том числе, научилась управлять обычно неконтролируемыми физиологическими процессами (например, дыханием) и даже «выучила» на телесном уровне реакции, которые сознательно контролировать невозможно (например, «натренировала» стенки кровеносных сосудов). Для этого от нее требуется регулярно посещать баню и бассейн на поздних сроках беременности, а также делать специальную гимнастику. Подобная предродовая подготовка подразумевает высокий уровень самодисциплины со стороны беременной, ее готовность значительно изменить свои повседневные практики ради достижения искомого результата – благополучных «естественных» родов.

Наряду с восприятием роженицы как основного действующего лица родов, важным отличием «естественного» подхода является сам принцип распределения контроля над родами. В рамках медикализованного родовспоможения общую стратегию родов по умолчанию (вернее, согласно правилам работы системы здравоохранения) определяет врач.

Случай «естественных» родов специфичен тем, что контроль изначально не приписывается ни одной из сторон. Здесь не существует какого-либо универсального, заранее установленного правила «роды контролирует преимущественно акушерка» или «роды контролирует преимущественно будущая мать». В каждом конкретном роде участники, ориентируясь друг на друга и на (принципиально непредсказуемое) развитие акушерской ситуации, находят оптимальный для них эквilibриум контроля. Это практический контроль, который реализуется «здесь и сейчас» и который невозможно в полной мере проговорить и распределить до начала родов. В этом смысле, процесс рождения ребенка оказывается связан с тонкой наладкой взаимодействия между роженицей и принимающей роды акушеркой – с умением отследить, когда можно и нужно отдать ведущую роль другой стороне, а когда необходимо взять контроль в свои руки.

Приведенная ниже история демонстрирует, как акушерка избегает однозначных предварительных договоренностей с клиенткой по поводу принятия решений в родах.

Она [пациентка – Е.Б.] первое говорила: « [...] мне нужно, чтобы был, вот, такой отдельный родзал, чтобы мне там не мешали, чтобы положили мне ребенка, чтобы ему [не сразу – Е.Б.] перерезали пуповину, чтобы не вскрывали пузырь». И тут уже я сказала: «Стоп. Да, до определенных моментов я с тобой согласна, но есть моменты, когда я не могу гарантировать, что у тебя будет протекать именно так, что тебе можно дожидаться, что пузырь сам лопнет». [...] И у нее сложилось именно так, что нужно было ей вскрывать пузырь. Я уже даже ей носила в родах ведро, в него опускали мы мячик, и показывала, что у нее много вод, и как это все выходит. Представляете? И вот, когда она второй раз рожала, она сказала: «Как ты решишь, так ты и сделаешь». Я говорю: «Вот так тоже не пойдет» (акушерка, 50 лет).

Для того, чтобы подобная модель родов была осуществима, требуется большая предварительная работа обеих сторон. Эта работа связана с выстраиванием отношений персонализированного доверия между конкретной женщиной и конкретной акушеркой. Акушерка должна доверять роженице (и уровню физической подготовки ее тела) в том, что она сможет «родить сама» и преодолеть каждый сложный момент родов без излишних медицинских вмешательств. Роженица, в свою очередь, должна доверять акушерке в том, что последняя вмешается в роды в той мере и тогда, когда в этом возникнет потребность.

В этом смысле выстраивание доброжелательных, эмоционально вовлеченных отношений между акушеркой и ее клиенткой наряду со стремлением обеспечить больший комфорт для будущей матери, также обусловлено прагматической необходимостью. Эмпатия позволяет участникам родов более эффективно взаимодействовать и доверять друг другу в экстремальной

ситуации. Продолжительная подготовка к родам, предусмотренная программой центра, становится залогом формирования личностного контакта между акушеркой и роженицей:

Принципиально – это индивидуальный подход. Это абсолютно принципиально. Здесь эту женщину с 22-х, иногда даже с 18-ти, да, недель я тут их вижу, каждую пятницу с ними по четыре часа провожу. У нас вместе какие-то разговоры, шутки, какое-то общение помимо лекций. Потом я ее вижу и в бассейне. И какие-то даже, вплоть до решения каких-то семейных проблем. И мы выходим уже на роды, наверное, можно даже у женщин спросить, абсолютно близкими людьми (акушерка, 48 лет).

Заключение

В идеологии движения за «естественные» роды распространено представление о таких родах, во-первых, как «природном» и «подлинном», и во-вторых, как о преимущественно приятном и радостном событии. Данная практика, в совокупности с практиками акушерского ухода, ассоциируется с заботой о роженице, эмоционально вовлеченным отношением к ней, а также с предоставляемой женщине возможностью, избежав излишних медицинских вмешательств, пережить опыт деторождения во всей его достоверности.

В статье я показала, что подобный романтический взгляд во многом является обманчивым. «Естественные» роды в современном обществе – особая социальная практика, требующая значительной работы от выбирающей ее женщины (и от акушерки). Данная работа связана с продолжительной и тщательной подготовкой матери к родам, включающей в себя освоение новых знаний и новых телесных навыков, а также выстраивание доверительных отношений с акушеркой. И хотя официальная медицина зачастую определяет «естественные» роды как выбор безответственных родителей (см. статью А. Новкунской в этом номере), в действительности, такие роды подразумевают усиленный контроль и ответственность со стороны женщины за процесс рождения ребенка.

Проводя различие между естественными и социальными феноменами, мы можем помыслить первые как те, которые для своей реализации не требуют контроля со стороны человека и, более того, практически не поддаются его влиянию, а вторые – как те, которые возможны лишь при условии их намеренного и осмысленного производства людьми (Goffman 1974). Если верить этой схеме, «естественные» роды на уровне взаимодействия между пациенткой и акушеркой парадоксальным образом оказываются феноменом, который более сложно социально организован, чем роды медикализированные. Там, где медицина полагает, что рожаящее тело можно контролировать лишь посредством биохими-

ческих и операционных манипуляций, «естественный» подход делает акцент на социальном взаимодействии и формирует сложный ситуативный баланс контроля в родах. Если в случае «традиционных» родов в роддоме контроль матери над деторождением обычно ограничивается возможностью предварительно выбрать врача и палату, то в «естественных» родах от нее ожидается активная вовлеченность в сам процесс родов, основанная на правильном обучении. Таким образом, если успешно пройти через медикализованные роды, условно говоря, может любая женщина¹, то родить «естественно» без кропотливой и долгой подготовки оказывается практически невозможно.

Выражение признательности

Я благодарна Виктории Кузнецовой и Лидии Шендеровой за помощь в проведении исследования и комментарии к статье.

Список источников

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

Здравомыслова Е., Темкина А. Доверительное сотрудничество во взаимодействии врача и пациентки: взгляд акушера-гинеколога // Е. Здравомыслова, А. Темкина (ред.) *Здоровье и интимная жизнь. Социологические подходы*. СПб: Изд-во ЕУСПб, 2011: 23–53.

Мельникова О. Переопределение родовспоможения в родительских Интернет-дискуссиях (на примере томского форума) // *Журнал исследований социальной политики*. 2012. 10 (3): 377–392.

Одинцова Д. «Культурная пациентка» глазами гинеколога. // Е. Здравомыслова, А. Темкина (ред.) *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб: Изд-во ЕУСПб, 2009: 234–278.

Пивоварова А. «Забытая» плацента: символические действия в современной практике домашних родов // *Антропологический форум*. 2013. (19): 106–127.

Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 572н от 01.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Темкина А., Ангелова Е. Отец, участвующий в родах: гендерное партнерство или ситуационный контроль? // Е. Здравомыслова, А. Роткирх, А. Темкина (ред.) *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*. СПб: Изд-во ЕУСПб, 2009: 473–507.

¹ Под «успешностью» здесь, конечно, подразумеваются критерии успешности, принятые в рамках самой системы медикализованного родовспоможения.

- Akrich M., Pasveer B. Embodiment and Disembodiment in Childbirth Narratives // *Body and Society*. 2004. 10 (2–3): 63–84.
- Beckett K. Choosing Caesarean. Feminism and the Politics of Childbirth in the United States // *Feminist Theory*. 2005. 6 (3): 251–275.
- Belousova E. The 'Natural Childbirth' Movement in Russia: Self-Representation Strategies // *Anthropology of East Europe Review*. 2002. 20 (1): 11–18.
- Bondas T. Finnish Women's Experiences of Antenatal Care // *Midwifery*. 2002. (18): 61–71.
- Bordo S. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body*. London: University of California Press, 1993.
- Browner C. H., Press N. The Production of Authoritative Knowledge in American Prenatal Care // *Medical Anthropology Quarterly*. 1996. 10 (2): 141–156.
- Carter S. Beyond Control: Body and Self in Women's Childbearing Narratives // *Sociology of Health and Illness*. 2010. 32 (7): 993–1009.
- Cheyney M. J. Homebirth as a Systems-Challenging Praxis: Knowledge, Power, and Intimacy in the Birthplace // *Qualitative Health Research*. 2008. 18 (2): 254–267.
- Davis-Floyd R. La Partera Professional: Articulating Identity and Cultural Space for a New Kind of Midwife in Mexico // *Medical Anthropology*. 2001. 20 (2–3): 185–243.
- Davis-Floyd R., Davis K. Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth // *Medical Anthropology Quarterly*. 1996. 10 (2): 237–269.
- Ginsburg F., Rapp R. The Politics of Reproduction // *Annual Review of Anthropology*. 1991. (20): 311–344.
- Goffman E. *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. New York: Harper and Row, 1974.
- Graham H., Oakley A. Competing Ideologies of Reproduction: Medical and Maternal Perspectives on Pregnancy // H. Roberts (ed.) *Women and Health Care*. London: Routledge & Kegan Paul, 1979: 50–74.
- Jones J. C. Idealized and Industrialized Labor: Anatomy of a Feminist Controversy // *Hypatia*. 2012. 27 (1): 99–117.
- Jordan B. Authoritative Knowledge and Its Construction // R. Davis-Floyd, C. F. Sargent (eds.) *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997: 55–79.
- Jordan B. *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Long Grove: Waveland Press, 1978.
- Kitzinger S. *The Midwife Challenge*. London: Pandora, 1988.
- Lewis G. W., McCaffery P. Sociological Factors Affecting the Medicalization of Midwifery // E. R. Van Teijlingen, G. W. Lewis, P. McCaffery, M. Porter (eds.) *Midwifery and the Medicalization of Childbirth: Comparative Perspectives*. New-York: Nova Science Publishers, 2004: 5–41.
- Lupton D. *Configuring Maternal, Preborn and Infant Embodiment*. Sydney Health and Society Group Working Paper № 2. University of Sydney, 2012.
- Macdonald M. Gender Expectations: Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Canada // *Medical Anthropology Quarterly*. 2006. 20 (2): 235–256.

- Malacrida C., Boulton T. Women's Perceptions of Childbirth "Choices": Competing Discourses of Motherhood, Sexuality, and Selflessness // *Gender and Society*. 2012. (26): 748–772.
- Mansfield B. The Social Nature of Natural Childbirth // *Social Science and Medicine*. 2008. (66): 1084–1094.
- Martin E. *The Woman in the Body: a Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press, 1992.
- Mol A. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge, 2008.
- Namey E., Lyerly A. The Meaning of "Control" for Childbearing Women in the US // *Social Science and Medicine*. 2010. (71): 769–776.
- Oakley A. *Becoming a Mother*. Oxford: Martin Robertson & Company Ltd, 1979.
- Oakley A. *The Captured Womb: a History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Blackwell Publishers, 1984.
- Viisainen K. Negotiating Control and Meaning: Home Birth as a Self-Constructed Choice in Finland // *Social Science and Medicine*. 2001. (52): 1109–1121.
- Walsh D. Childbirth Embodiment: Problematic Aspects of Current Understandings // *Sociology of Health and Illness*. 2010. 32 (3): 486–501.
- Zadoroznyj M. Social Class, Social Selves and Social Control in Childbirth // *Sociology of Health and Illness*. 1999. 21 (3): 267–89.