«Страшилки» для рожениц: конструирование и преодоление страха в родах

Татьяна Леонидовна Кукса [1], [2]

✉ tutosha@gmail.com
ORCID: 0000-0002-8696-7284

[1] Высшая школа экономики, Москва, Россия
[2] Институт этнологии и антропологии РАН, Москва, Россия

Для цитирования статьи:
Кукса, Т. Л. (2020). «Страшилки» для рожениц: конструирование и преодоление страха в родах. *Фольклор и антропология города*, *III*(1–2), 166–187. DOI: 10.22394/26583895-2020-3-1-2-166-187.

В фокусе исследования находятся индивидуальные акушерки и «профессиональные» доулы, две «соседствующие» группы независимых от роддома специалистов, сопровождающих женщин в течение беременности, родов и послеродового периода в персональном и платном порядке.
Целью статьи является анализ текстов, содержащих репрезентацию и интерпретацию страхов, волнений, опасений, паник, тревог, фобий, фрустраций в период беременности и в родах, а также описание способов преодоления подобных эмоций в исследуемых сообществах. Для этого изучались контексты бытования рассказов о профессиональном перинатальном сопровождении, о личном опыте беременности и родов; функции, шаблонность и вариативность таких рассказов, механизмы их циркулирования и воздействия на участниц коммуникации; соответствие текстов медицинской и иным объяснительным моделям.
Анализ текстов, записанных и рассказанных состоявшимися матерями и представительницами указанных сообществ в разных контекстах, позволяет предположить, что основные реципиенты семейных, дружеских, медийных, медицинских «страшилок» контролируют их воздействие с помощью тщательного планирования и организации родов, а также посредством покупки информации, обучения, техник, консультаций, партнерского и профессионального сопровождения родов. Страхи нормализуются, рационализируются и побеждаются независимыми перинатальными специалистами, в том числе посредством активной профессиональной позиции и продажи обучающих программ подготовки к родам, технологий самопомощи, практик, ритуалов и профессионального сопровождения.
Циркуляция подобных текстов в исследуемых сообществах, в том числе изображающих и интерпретирующих перинатальные страхи в родах, обеспечивает конструирование и трансляцию различных опытов проживания и вербализации эмоций в родах (эмоциональных знаний); (вос)производство, передачу и конкуренцию популярных и/или альтернативных объяснительных моделей, оптимистичных практик, эмоционально окрашенных ритуалов и взаимодействий, рационализирующих, нормализующих и побеждающих тему страшного в родах.

Ключевые слова: перинатальные страхи, токофобия, дискурс о медикализации, насилие в родах, пациентский выбор, партнерские роды, индивидуальная акушерка, доула, рассказывание историй, нарративы

Выражаю глубокую благодарность информанткам за интимные истории и жизненный опыт; анонимному рецензенту за строгую критику; Дарье Радченко, Ольге Христофоровой и Лете Югай за помощь в работе над текстом; Анне Кругловой, Александру Басову и коллегам за плодотворные обсуждения предварительной статьи; Вите Леоновой, Анастасии Карпуниной, Герману Устьянцеву и Ольге Секеновой за дружескую поддержку; родителям, Андрею Жулину и дочери за безусловное участие в моем труде и жизни.

"Horror stories" for women in childbirth: Construction and overcoming of fear in childbirth

Tatiana L. Kuksa [1], [2]

✉ tutosha@gmail.com
ORCID: 0000-0002-8696-7284

[1] Higher School of Economics, Moscow, Russia
[2] Institute of Ethnology and Anthropology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

To cite this article:
Kuksa, T. (2020). "Horror stories" for women in childbirth: Construction and overcoming of fear in childbirth. *Urban Folklore & Anthropology*, *III*(1–2), 166–187. (In Russian). DOI: 10.22394/26583895-2020-3-1-2-166-187.

This paper dwells on personal midwives and "professional" doulas, the two "neighboring" groups of specialists independent of maternity clinics who accompany women during pregnancy, childbirth and the postpartum period, both free of charge and on a paid basis.
The purpose of this review is to describe and analyze the texts that represent and interpret fears, worries, apprehensions, panic, anxieties, phobias, frustrations during pregnancy and childbirth, as well as to describe the ways of overcoming such emotions that occur in the studied communities.
For this, the author has investigated upon the contexts in which the stories about professional perinatal support, personal experience of pregnancy and childbirth exist; upon the functions, variability and conventionality of these stories; upon their the impact on the participants of the communication; and upon whether such texts correspond to the medical and other explanatory models.
An analysis of the texts recorded and narrated by mothers and the representatives of the abovementioned communities in different contexts suggests that the main recipients of such "horror stories" (told in a family/friendship/media/clinical context) "control" the impact of these stories via careful planning and organization of childbirth, as well as by purchasing information, by training, by various techniques, by counseling and both partner support and professional paid support in childbirth. Fears are normalized, rationalized and "defeated" by independent perinatal specialists, who manage to do so both due to an active professional position and through selling various training programs for childbirth, self-help technologies, practices, rituals and professional support services.
The circulation of such texts in the studied communities, including the texts depicting and interpreting perinatal fears in childbirth, provides for the construction and translation of various lived experiences and verbalizations of emotions in childbirth (that is, of emotional knowledge); the they also contribute to the (re)production, transmission and competition of popular and/or alternative explanatory models, optimistic practices, emotionally colored rituals and interactions that rationalize, normalize, and conquer the theme of the terrible in childbirth.

Keywords: perinatal fears, tocophobia, medicalization discourse, obstetric violence, patient's choice, childbirth with the partner, personal midwife, doula, storytelling, narratives

Введение

Современные исследовательницы родовспоможения, подчеркивая телесную и эмоциональную уязвимость и беспомощность рожениц, интерпретируют эмоции страха и тревоги в родах через макросоциологические концепции риска, контроля, неолиберального пациента, доверия и заботы [Lupton 1997, 1999, 2011, Темкина 2016, 2017, 2018,

Бороздина, Здравомыслова, Темкина 2019]. В частности, указывается, что благодаря биомедицинским технологиям риски, основанные на актуальной статистике смертности в родах, не сопоставимы с разнообразием страхов, которые все еще испытывают современные женщины. Несмотря на высокую безопасность современных родов, демонстрируемую медицинской статистикой, врачи перестраховываются и подвергают «активному медицинскому вмешательству» в «неосложненных родах» даже «здоровых беременных женщин» при отсутствии прямых показаний, что осуждается в рекомендациях ВОЗ[1]. На этой основе возникают специфические рынки, где продаются и покупаются «жизненно важные блага», касающиеся здоровья, рождения и смерти [Бердышева 2012b], коммодифицируется сфера «сакральных благ» [Бердышева 2012a], а также формируется спрос на доверительные и/или неформальные отношения между поставщиками и потребителям медицинских и немедицинских услуг. Появляются новые эмоционально окрашенные практики.

В разных сообществах разрабатываются свои технологии и методы устранения угроз и страхов (в частности, для обеспечения безопасности в родах), а также конструируются локальные дискурсы, «укладывающие» страшное в определенную систему значений [Barker 2009]. Сотрудники роддомов и перинатальных центров предлагают воспользоваться платными отделениями и индивидуальными родильными боксами, гарантирующими возможность присутствия члена семьи, найма персонального акушера-гинеколога, анестезиолога, покупки «водных», «свободных», «мягких», «естественных родов» или, наоборот, «родов без боли» с дополнительной медикализацией и анальгезацией. Руководители частных медицинских центров и индивидуальные акушерки настаивают на том, что, кроме обеспечения независимой квалифицированной акушерской помощи, следует непременно вложиться в знания и подготовку к родам. В доульском дискурсе обсуждаются все перечисленные способы безопасности в родах, при этом рекомендуется непрерывная и немедицинская физическая и эмоциональная поддержка профессиональной доулы[2] как основанная на доказательной медицине мера повышения удовлетворенности родами, снижения длительности родов и частоты применения окситоцина, кесарева сечения[3].

В гендерных исследованиях российского родовспоможения демонстрируется борьба за контроль над деторождением и телесностью, а также усилия, прилагаемые современными женщинами для организации родов и взаимодействия с медиками [Бороздина 2014, 2017, 2019, Темкина 2016, 2017, 2018]. Не проблематизируя вопросы циркулирования и воздействия текстов о страшном на принимаемые решения, исследовательницы

[1] «Активное медицинское вмешательство оказывает негативное воздействие как на естественные детородные способности женского организма, так и на субъективный опыт рожениц». См. Рекомендации ВОЗ 2018 по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов: улучшение здоровья и благополучия матерей и новорожденных [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272449/WHO-RHR-18.12-rus.pdf?ua=1].

[2] В перинатальной среде бытует множество характеристик, определяющих работу доулы — «сиделка», «помощница мамы/семьи в родах», «безоценочная, эмоциональная поддержка», «информационное, физическое/бытовое» содействие, «немедицинское непрерывное сопровождение во время беременности, родов и в раннем послеродовом периоде», «работа в рамках компетенции и этического кодекса доул», «наличие сертификата», «опыт немедицинского сопровождения родов». См. [https://doularussia.ru/faq/whois, https://doula.link/pro/].

[3] Как правило, доулы объясняют полезность немедицинской непрерывной поддержки (и подразумевают под этим доульское участие) через апелляцию к мнению ВОЗ и кокрейновским обзорам. См. [https://doula.link/2018/02/27/issledovaniya-o-podderzhke-v-rodah/].

описывают агентность женщин в беременности и в родах через социальные структуры и метафоры консьюмеризма, неолиберального выбора: «покупка» доверия [Бороздина 2017, Темкина 2017], «страхование» от опасностей [Темкина 2016], управление рисками [Темкина 2017], рациональный и «рефлексивный шопинг» услуг в роддоме [Бороздина 2017, Темкина 2017], «исследование» и «расколдовывание» медицинской системы [Темкина 2018], в основе которых может лежать тревога из-за непредсказуемости процесса, иррациональность и повышенная эмоциональная уязвимость женщин [Бороздина 2014, 2017, 2019, Темкина 2016, 2017, 2018, Litvina, Novkunskaya, Temkina 2020]. Однако сама аффективность, эмоциональная уязвимость беременных и рожениц (из перспективы альтернативных специалистов и самих женщин) и суггестивность нарративов о страшном в родах редко становятся предметом отдельного исследовательского интереса.

В настоящей работе мне было важно сфокусироваться на контекстах, различиях и многообразии репрезентаций страхов женщинами и специалистами, а также обозначить роль эмоций при планировании и выборе места и условий родов. Целью статьи является анализ текстов, содержащих репрезентацию и интерпретацию перинатальных страхов, а также описание способов преодоления подобных эмоций в среде независимых от роддома специалистов, сопровождающих женщин в течение беременности, родов и послеродового периода в персональном и платном порядке.

1. Теоретический подход

Благодаря нарративному повороту в гуманитарных науках сложилась устойчивая традиция в западной медицинской антропологии исследовать истории пациентов, а также нарративные механизмы и способы социального конструирования болезней, здоровья и целительства.

Ключевое семиотическое различение для таких исследований разработал Артур Клейнман [Kleinman 1978, 1980, 1988], предложив называть состояние нездоровья (sickness) из перспективы пациента — illness, из перспективы медика (в соответствии с действующей нозологией и медицинскими классификаторами) — disease, а рассказы пациентов о симптомах, страданиях, ограничениях, любом ином опыте проживания своего нездоровья — illness narrative. Рассказы, по мнению Клейнмана, опираются на обыденные представления о заболевании — на культурную объяснительную модель, которой противостоит биомедицинская модель [Kleinman 1978, 1980, 1988].

Последующие работы медицинских антропологов развивали продуктивный нарративный подход, во многом опираясь на концептуальное различение Клейнмана. Исследователи фокусировались на повествовательных способах описания недомоганий и симптомов разными участниками, на плюрализме объяснительных моделей заболеваний и систем лечения, на проблемах взаимодействия биомедицинской и иных объяснительных моделей болезней [Kleinman 1978, 1980, 1988, Kleinman, Good 1985, Bury 2001, Garro 1994, Greenhalgh, Hurwitz 1998, Hunter 1991, Kangas 2001, Launer 1998, Mattingly 1998, Miglione 2001, Polanyi 1985, Riessman 1993, Scott 1998, Христофорова 2016].

Благодаря фольклористическим, этнографическим и культурологическим работам сохранились нарративы о беременности и родах,

записанные от сельских и городских жителей в советскую и постсоветскую эпохи [Olson, Adonyeva 2013, Белоусова 1999, Belousova 2002a, 2002b, 2012, Кабакова 2001, Лабащук 2013, Харитонова 2016, Христофорова 2010, Щепанская 1999].

Однако нарративный, семиотический и коммуникативный анализ современных городских историй женщин об опыте беременности и родов (включая описание эмотивов) редко применяется вне фольклористических и языковых штудий, даже если в качестве опорного источника используются расшифровки речи информантов и включенное наблюдение [Кукса 2019], за исключением работы Анны Пивоваровой [Пивоварова 2013]. Как правило, исследователями российского родовспоможения упускается из виду нарративная и дискурсивная проблематика полевых материалов: зависимость текстов от контекстов и прагматики, множественность интерпретаций, а также соотношение знаковой и внетекстовой реальности. Очевидно, что тексты и нарративы о родах и сопровождении (тем более в рамках обучения и интервью) не тождественны фактическим родам и сопровождению. Однако в исследованиях, как правило, не учитывается контекстуальность и вариативность «эмных»/первичных смыслов, которыми информанты наделяют в коммуникации беременность, роды и их сопровождение; женскому высказыванию и действию присваиваются предпочитаемые ценности или избыточные значения; альтернативные объяснительные модели родовспоможения демонизируются или, наоборот, рационализируются в зависимости от личной позиции исследователя.

2. Предмет, источники и методы

В настоящем исследовании я ограничиваюсь анализом дискурсов и нарративов независимых перинатальных специалистов (персональных акушерок и доул) и их клиентов, в которых репрезентуются и интерпретируются связанные с беременностью и родами эмоции страха, волнения, опасения, паники, тревоги, фобии и фрустрации. «Перинатальными нарративами» я называю истории, которые циркулируют в среде беременных, рожениц и независимых профессионалов. Для эмотивной лексики, обозначающей, выражающей и описывающей подобные эмоции в состоянии беременности и родов, я использую обобщающее понятие — «перинатальные страхи». Совокупность принятых в сообществах независимых специалистов возможностей и образцов для проживания, осознавания и вербализации эмоций я называю «эмоциональным знанием». В данной работе я рассматриваю механизмы циркуляции только эмоционального знания о страшном в родах.

При подготовке этой статьи я не успела применить отдельный опросник, чтобы в разговоре со специалистами и их клиентками сфокусироваться исключительно на вербальной экспликации перинатальных страхов. Это досадное упущение превратилось в методологические преимущество: в процессе изучения расшифрованного массива текстов на предмет поиска эмотивной лексики страха стало понятно, что текстов с упоминаниями подобных эмоций достаточно для анализа. Исследование же естественной спонтанной коммуникации в женском кругу в тех контекстах, в которых обычно функционируют перинатальные тексты (обучение, продажи, реклама, профессиональный активизм, беседа) имеет свои плюсы — хотя бы потому, что позволяет не преувеличивать силу и значение эмоций

уточняющими вопросами во время структурированного интервью. Таким образом, в силу обстоятельств и для надежности результатов анализа было решено использовать уже имеющиеся спонтанные устные тексты, которые я собираю с 2017 года в процессе включенного наблюдения (точнее, наблюдающего участия).

Материалом для анализа стал корпус устных текстов, записанных на обучающих семинарах и тренингах, профессиональных конференциях, а также во время полуструктурированных глубинных интервью с московскими (преимущественно) перинатальными специалистами акушерского и доульского сообществ и их клиентками. Для иллюстрации типовых устных нарративов и дискурсов, услышанных в процессе наблюдающего участия и не зафиксированных на диктофонную запись, я привлекла также письменные тексты известных мне специалистов со страниц социальных сетей и специализированных сайтов.

Исследование проводилось в рамках интерпретативной медицинской антропологии с применением нарративного и дискурсивного анализа коммуникации. Благодаря выбранному теоретическому подходу и многолетнему наблюдению за некоторыми информантками мною были изучены контексты бытования преимущественно устных и спонтанных рассказов о профессиональном перинатальном сопровождении, о личном опыте беременности и родов; их функции; вариативность, шаблонность; механизмы циркулирования, воздействия историй на участников коммуникации; соответствие текстов медицинской и иным объяснительным моделям. В ходе анализа собранного массива текстов я фокусировалась на проблеме конструирования, трансляции и преодоления перинатальных страхов в нарративах и дискурсах информанток.

Для описания результатов исследования я использую метафору «страшилки» или «страшные истории» применительно к текстам о перинатальных страхах, циркулирующим в среде профессионалов, беременных женщин и состоявшихся матерей. Во-первых, во всех дискурсах ситуация беременности и родов считается зоной повышенной тревоги и опасности, поэтому опыт беременности, родов, родовспоможения репрезентуется и интерпретируется через мотивы страшного, неизвестного и опасного. Во-вторых, дидактические и прочие функции детских страшных историй и анализируемых текстов похожи. В-третьих, в детской страшной истории присутствует строгая последовательность событий: «предупреждение/запрет — нарушение — воздаяние» [Лойтер 1997]. Анализ имеющихся полевых материалов и наблюдение реальной коммуникации не позволил пока выявить в текстах о родах устойчивую дидактическую структуру, емкий, последовательный и законченный сюжет, трафаретные формулы, как в детских страшилках. Однако отдельные элементы структуры всегда присутствуют, выступая мотивировкой для принятия решений в родах. В-четвертых, воображение и вербализация встречи со страшным и неизвестным, как в детских страшных историях, так и в текстах о страшном в родах, позволяет участникам не только преодолевать страх, но и моделировать свое поведение, чтобы в реальной обстановке сохранять (насколько это возможно в родах) ясность действий и самообладание. И, наконец, в-пятых, поскольку авторы повествований о страшном в родах претендуют на достоверность (в отличие от рассказчиков детских страшных историй), в отношении массива текстов о перинатальных страхах я применяю лишь метафорическое сравнение с жанром детского фольклора.

3. Типовые перинатальные страхи и основные каналы их трансляции

Среди совокупности перинатальных эмотивов, упоминаемых современными женщинами в рассказах о своих и чужих родах, перинатальные страхи занимают значительное место, сопоставимое по силе лишь с эмотивами, выражающими радость от встречи с младенцем. По мере накопления полевого материала появилась возможность выделить наиболее распространенные в актуальной городской культуре перинатальные страхи. К их базовому набору можно отнести:

страх деторождения[4];

страх смерти младенца и/или матери;

страх за ребенка, его здоровье, страх травмированности ребенка в родах;

страх родовой боли[5];

страх непредсказуемости родового процесса, беспомощности, одиночества, потери контроля над волей и телом;

страх родильного дома;

страх избыточной медикализации родов[6]: родовозбуждение, родоусиление, родостимуляция, анальгезия, амниотомия, кесарево сечение;

страх недостаточной медикализации родов;

страх врачебных, акушерских ошибок[7];

страх физического и психологического насилия в родах, газлайтинга[8];

страх слабой родовой деятельности, страх пролонгированных родов;

страх рутинной эпизиотомии (рассечение промежности на потуге), разрывов телесных покровов, потери телесной целостности[9];

страх потуг, страх насильственного растуживания, приема Кристеллера, вакуум-экстракции плода, щипцов.

Далее я приведу наиболее частотные каналы распространения страхов — семейный и дружеский, медийный, медицинский, а также соответствующие им разновидности «страшилок», упоминающихся в женских нарративах.

Страшные истории передаются непрофессиональными акторами, как правило, как репрезентативы — для эмоционально окрашенного объяснения принятых решений, связанных с местом, командой, планом и условиями предстоящих или прошедших личных родов. Профессиональные акторы транслируют «страшилки» в зависимости от иллокутивной цели и коммуникативной ситуации. Медики или независимые специалисты

[4] В доульском дискурсе приобретает популярность психотерапевтический термин — «токофобия».

[5] Среди перинатальных психологов бытует также психотерапевтический термин — «алгофобия».

[6] Этот страх упоминается обычно в рассказах о том, как медики пугают беременных на поздних сроках, говоря о «перенашивании», «дубовой шейке», «зеленых водах», «гипоксии плода».

[7] Врачебные и акушерские ошибки по-разному обозначаются в юридических и медицинских дискурсах: юридическая терминология — причинение вреда жизни и здоровью по неосторожности, небрежности, халатности, медицинская терминология — ятрогенная агрессия или «брак» медицинской работы.

[8] Данная группа страхов широко представлена в ленте флешмоба #насилие_в_родах.

[9] Есть полевые примеры, когда информантки выбирали страну, где можно организовать кесарево по выбору женщины, а не при наличии показаний, как в РФ.

(акушерка и доула) тоже могут использовать «страшилки» как репрезентативы (для объяснения выбора профессионального призвания, например), а также как директивы от опытного наставника профану (предписание, запрет, приказ, нравоучение, угроза) и реже как экспрессивы (ламентация, запугивание, ругательства). При этом в доульском сообществе считается недопустимым в коммуникации с клиентками использовать директивы и экспрессивы.

Вероятнее всего наибольшую силу эмоционального воздействия на беременную женщину оказывают «страшилки», в которых родственницы или подруги рассказывают о физической или эмоциональной травме в собственных родах. Упоминания о неблагополучном опыте близких лиц часто встречаются в нарративах женщин, описывающих предстоящее или прошедшее деторождение. Такой текст используется для объяснения выбранного места, способа родоразрешения, сопровождающих лиц, решений, которые принимает или приняла рассказчица, сокращая потенциальные риски и руководствуясь чужим негативным опытом. Повествование ниже содержит «страшилку», приведенную для обоснования анестезии (оплаченной по личной договоренности с врачом), которую женщина выбрала, имея личный опыт прошлых родов, представления о своих телесных ощущениях, роли врача и акушерки, их мотивации.

> Потому что вот мне казалось, что мне не хватит сил, я боялась, что мне не хватит сил на роды. Мне перед этим моя подруга позвонила с неутешительным рассказом. Она тоже рожала в моем возрасте. Буквально она родила передо мной, полгода, наверное. Она рожала платно в больнице, контракт был. И у нее в общем... Пропустили... У нее не хватило сил на сами роды: ребенка зажало и все — хана. [И что?] Нет, ребенок живой, но ребенок — растение. До сих пор. Но что она с ним уже может сделать? Они там бьются, конечно, ездят по Германиям, но там все очень-очень плохо, очень плохо. Она с трудом стоит, она старше Златы на полгода. А я еще беременная была. Я это как услышала, думаю: «Нет, все надо как-то под контролем держать все эти моменты». [А как анестезия гарантировала? Она же только уменьшает боль?] Нет, представьте процесс схваток. Помните? Помните момент? Сколько сил расходуется! Когда самый ответственный момент родов — тебе нужно вытолкнуть ребенка. А если у тебя нет сил? Если у тебя банально нет сил? [А такое бывает, да?] Да, у меня склонность такая есть к этому. У меня первые роды тоже... Ну как... слабая родовая деятельность. [У меня тоже такое было.] Вот, это плохо, потому что может на конечную фазу просто не хватит сил. Нужно выталкивать, а ты не сможешь, потому что силы израсходованы. Поэтому я сейчас всех девочек призываю. Я посмотрела тоже, кто отказался по каким-то там соображениям — со мной в палате девочка лежала. [От анестезии?] От анестезии, да. Я потом с ней разговаривала. Она очень пожалела, что она отказалась, потому что у нее не было сил. Тут либо мама страдает — разрывы, недержание, как-то на мочевом пузыре сказывается, женщина страдает. Либо ребенок — еще хуже. Мне было страшно за ребенка. Не дай бог, чтобы такая ситуация произошла! Потому что там, если все уже зажмет, ну что они сделают?[10]

В диалоге информантка фокусировалась на страхе повторения своего прошлого диагноза («слабая родовая деятельность»), который был спровоцирован рассказом о травматичных родах подруги, произошедших во время ее беременности. Кроме того, если говорить о дидактической функции приведенной истории, ее автор, судя по всему, склонна нормализовывать свой выбор путем обучения молодых женщин не бояться пользоваться анестезией, чтобы не повторять негативный опыт родов и свой страх.

[10] Владелица частного бизнеса, мама троих детей. Полевые материалы автора (далее — ПМА), 23.02.2018.

Мужские рассказы о страшном в партнерских родах также могут циркулировать в современной культуре. Они тоже могут иметь дидактические функции, мотивирующие, например, коллег, как в данном случае, помочь рожающим женам — как минимум, в вопросе принятия медицинских решений:

> У меня муж сейчас на работе, когда у него мальчишки как раз в подчинении. Они как раз все после нас — один за одним. Я слышу по телефону. А он у меня любит поучить, повоспитывать. Он их всех начал: «Ребята, надо идти. Вы не понимаете!» Ужасы пона-рассказывал про плохих врачей — какие могут быть, про наши роды рассказал, как он решения какие-то принимал. Он прям всех друзей прямо агитирует, он прямо: «Надо идти»[11].

В данной истории автор сконструировала образ «поучающего» сотрудников мужа, интерпретирующего свое участие в состоявшихся партнерских родах через «принятие важных решений», противопоставленных «ужасам» и гипотетическим «плохим врачам». Из беседы стало известно, что акушер-гинеколог обосновал необходимость медицинского вмешательства, скрыв от моей респондентки информацию и спросив согласие у мужа, тем самым повысив ценность его решения, приведшего в итоге к благополучному результату.

Медийные «страшилки» наполняют «фонд» обыденных эмоциональных знаний о родах и предлагают шаблонные способы их экспликации. Поэтому они легко адаптируются и воспроизводятся женщинами, не имеющими пока своего личного опыта родов. Такие перинатальные страхи можно условно обозначить как «наведенные», медийно сконструированные. Для примера приведу фрагмент из интервью с доулой, имеющей многолетний опыт сопровождения родов и психологических консультаций, которые позволяют ей оценивать степень эмоциональной травмированности клиентки персональными, семейными и социально наведенными «страшилками» до родов:

> Это измененка. Во-первых, там интуиция еще очень сильно обостряется. Ты реально чувствуешь, грозит тебе опасность или не грозит. Ну, на мой взгляд. Я поэтому всегда женщину спрашиваю: «Что ты сама думаешь про роды? Как ты сама чувствуешь?» [Во время родов?] Нет. Перед. Есть ли у нее какие-то навязчивые идеи, да? Сценарии? Откуда это берется? Ты знаешь, страхи, которые не реализуются, их тоже чувствуешь. Человек просто рассказывает про то, что он боится. Это нормальные страхи, там энергии нет. Это просто нормальные страхи: социума там, ее тоже. Я не могу тебе даже это объяснить. Человек про что-то говорит. Я говорю: «Слушай, ну, давай все-таки в роддоме, там подстраховка есть, там еще что-то». Хотя я сейчас на домашние роды не езжу, у меня нет задачи женщину в роддом убедить, или на домашние роды убедить. Вообще такой задачи нет. [Она сама определяет, да?] Конечно, конечно[12].

В приведенной цитате доула оценивает страх клиентки через популярные психотерапевтические концепты «навязчивых идей», «сценариев», «нормальных страхов», «страхов без энергии», «страхов социума» и прочее. Для доулы имеет значение отсутствие физиологического и эмоционального опыта родов у женщины (знак с нулевым денотатом), что допускает практическую возможность предварительной или психологической проработки наведенных страхов со специалистом. Однако наличие знакомого акушера-гинеколога, работающего в дружественном к доулам

[11] Модельер-конструктор, блогер, мама одного ребенка. ПМА, 23.02.2018.

[12] Доула, психолог, мама троих детей. ПМА, 12.02.2018.

роддоме, позволяет ей убедить гипотетическую клиентку рожать в безопасных условиях — «с подстраховкой».

Медийные «страшилки» чрезвычайно распространены и ежедневно появляются на страницах СМИ, в социальных сетях и ленте флешмоба #насилие_в_родах, подробно освещая тематику медицинской халатности или «перинатального кладбища» российских акушеров-гинекологов и домашних акушерок [Кукса 2020]. Однако исследование медийных текстов требует специальной методологии и более подробного анализа в отдельном обзоре.

Медицинские «страшилки» как текст современной системы родовспоможения, транслируемый врачами, моделируют поведение пациентки и служат каналом передачи эмоционального напряжения. Беременные женщины, не доверяющие медицинской оценке и диагнозу, могут реализовать право на двойное врачебное мнение. Однако беременная пациентка может пребывать в тревожном состоянии, даже когда получает альтернативный оптимистичный прогноз (описано информантками).

Наставления акушеров-гинекологов, как они говорят, основаны на статистике и собственном опыте приема осложненных родов. Однако, несмотря на альтернативные экспертные точки зрения в среде самих медиков, противоречивые и изменчивые данные доказательной медицины, развилки российских протоколов, на практике подавляющее большинство московских акушеров-гинекологов еще совсем недавно перестраховывались с помощью медикализации и фармакализации процесса родов, не интересуясь мнением пациентки и описанием альтернативных решений (по данным полевых интервью). Поэтому их директивные предписания больше напоминали респонденткам (будущим персональным акушеркам и доулам) «судебный приговор» за неподчинение медицинским приказам, чем иллюстрацию пациенториентированного и индивидуального подхода, предполагающего описание потенциальных рисков и опасностей для помощи в принятии рекомендуемых или альтернативных решений.

Для примера приведу текст женщины, которая описывает типовое требование врача лечь в роддом для искусственной стимуляции родов при формальном перенашивании, а также нетиповой способ ее «реабилитации» после врачебного запугивания.

> Беременность была очень хорошая, благополучная. Но, с точки зрения доктора, у которого я наблюдалась в женской консультации, я перенашивала, хотя перенашивания не было реально никакого. Сейчас не могу проанализировать, опять же, давно было. Но я очень хорошо запомнила тот период, когда приходила к доктору, она понимала, что там уже 42 недели, она прятала от меня глаза, звала заведующую. Приходила в кабинет заведующая женской консультацией, садилась напротив и очень строгим взглядом смотрела на меня, практически стучала кулаком по столу и говорила: «Вы понимаете, что родите мертвого ребенка?» Была пара таких встреч, которые на меня производили очень сильное впечатление. Я приходила домой и мне нужна была реабилитация после этого. Реабилитация была тоже специфическая. Я приходила в многодетную семью, где было на тот момент восемь детей, которые тоже рождались дома. Смотрела какие-то роды, то есть это тоже странного рода реабилитация. Но я понимала, что есть какой-то другой мир, который мне давал поддержку в тот момент[13].

Автор истории описывает типовую ситуацию пролонгированной беременности, когда медики используют шаблонные директивные и экспрессивные (с элементами «страшилки») коммуникативные способы

[13] Акушерка, мама троих детей. ПМА, запись вебинаров 19.03.2018, 10.04.2018.

убеждения беременной пациентки в необходимости осуществить медицинское вмешательство — принудительную искусственную стимуляцию родов. Женщины описывают эти ситуации как стрессовые, вынуждающие их предпринимать определенные усилия («реабилитацию») и противодействие избыточной медикализации, как в данном случае — диссидентским способом — путем соло родов, когда женщина отказывается от квалифицированной медицинской помощи и остается в родах одна или с мужем.

Сегодня в среде индивидуальных акушерок, доул и медиков, работающих преимущественно с платными клиентками (в «домашних» палатах, где практикуются «естественные роды» или «мягкие роды»), при перенашивании возможны выжидающая тактика, наблюдение под медицинским контролем и без вмешательств. В основе таких решений лежит позиция (некоторых московских акушеров-гинекологов, работающих в платном секторе, и персональных акушерок, основанная в том числе на последних рекомендациях ВОЗ) о вреде принудительной стимуляции родовозбуждения, которая приводит к дополнительным медицинским вмешательствам и высокой вероятности кесарева сечения:

> Очень распространенный сценарий вмешательства — это когда приходит сороковая неделя, и женщине говорят: «Пора рожать. Приходите, будем вызывать роды. Ждать опасно, ребенок может пострадать». Истинное перенашивание с опасным исходом — это несколько процентов случаев. Но индивидуальный подход применяется редко. Если у первородящих роды вызывают искусственно, то порядка 40% из них заканчивается кесаревым сечением — после целой череды различных вмешательств[14].

Автор высказывания принадлежит к индивидуальным акушеркам первой волны, имеет многолетний стаж работы семейным врачом и гомеопатом, поэтому приводит типовую для своего круга аргументацию о важности индивидуального подхода. Дискурс о невмешательстве без показаний (равно как концепт «индивидуального подхода») является законным правопреемником дискурса естественников, в основе которого, в свою очередь, лежит многолетняя диссидентская практика сопровождения специалистами первой волны домашних родов женщин, стремящихся минимизировать, в том числе, медикализацию [Кукса 2018]. В настоящее время ситуация борьбы за «невмешательство» и «протестное знание» перешли на территорию роддома в платные отделения и приобрели завуалированный характер, подчиненный коммерческой логике.

4. Информационные и организационные методы преодоления перинатальных страхов

Целевая аудитория, наиболее чувствительная к перинатальным страхам, представлена, прежде всего, будущими матерями (нерожавшими девушками; беременными женщинами, впервые ожидающими ребенка; беременными женщинами, имеющими опыт родов — будущими или настоящими клиентами родительских школ и иных перинатальных специалистов, пациентками перинатальных центров и родильных домов). Воспринимая рассказы о родах, транслируемые в медиа, в дальнем и ближнем кругу, рекомендации-запугивания на приеме у врачей-гинекологов, психотерапевтов, советы преподавателей курсов по подготовке

[14] https://www.miloserdie.ru/article/tyazhelye-rody-v-27-roddome-nichego-estestvennogo/

к родам, женщины вынуждены предпринимать определенные усилия, чтобы освоить эмоциональный опыт, получаемый вместе с медицинской, акушерской, медийной, наставнической, дружеской, семейной оценкой и «знаниями».

Изучение медиа контента как способа работы с перинатальными страхами. Попадались беременные, которые ограничивали себя в использовании медиа ресурсов, социальных сетей, изучении пугающего медиа контента, а также минимизировали общение с тревожными медиками и родственниками.

Другие, наоборот, обращались за эмоциональной и информационной помощью к медиаресурсам и получали необходимое «сетевое знание» [Темкина 2018: 213–214] из онлайн-источников и интернет-дискуссий. Поэтому за последние десять лет резко возросло количество немедицинских (родительских) интернет-платформ и форумов, на которых идет эмоционально насыщенное обсуждение личного опыта беременности и родов, обмен знаниями, советами, оценками, практиками:

> В свое время меня очень поддержало сообщество ЖЖ «Соло-Роды». И вот эта закрытая группа, где мамочки описывают свой опыт, задают вопросы, все страхи или какие-то там еще. Когда ты видишь, что огромное количество женщин, даже с какими-то проблемами немеренными, все-таки рожают сольно. И все у них получается в итоге. Понимаешь? Что на самом деле это не так страшно! И все возможно! И это вообще естественно[15].

Автор цитаты, будучи беременной вторым ребенком, находила эмоциональную поддержку в сетевом сообществе, читая истории о домашних родах. Она конструирует в беседе тему преодоления страха перед домашними родами с помощью чрезвычайно распространенного среди двух изучаемых сообществ и вариативного по смыслам концепта «естественности» [Кукса 2018], который противопоставляется в зависимости от контекста самым разнообразным явлениям (например, новым технологизированным или избыточно медикализированным способам родовспоможения).

Посещение родительских школ и тренингов как способ работы с перинатальными страхами. Чтобы снизить уровень тревоги, который мог быть получен вместе с медицинскими, медийными, семейными «знаниями» о родах, беременным женщинам рекомендуют посещать независимые от медицинских учреждений родительские школы для информационной, психологической и физической подготовки к родам. Методик подготовки к родам, решающим в том числе проблемы перинатальных страхов, чрезвычайно много, поэтому они могут продаваться даже как отдельные курсы. Среди них, например, техники дыхания на схватках и потугах; обезболивание при помощи массажа, движений, вокала, ароматерапии, гомеопатии; гипноз в родах; mindfullness[16] практики и т. д.

> Плохая информированность часто приводит к принятию неверных решений и панике. Поэтому семьи, которые готовились на курсах для будущих родителей, и рожают лучше, и проще переносят сложности жизни с малышом[17].

[15] Финансист, учредитель частного садика и школы, мама двоих детей. ПМА, 19.02.2018.
[16] Осознанность.
[17] https://www.mama-journal.ru/articles/text/arina-chak-pochemu-ya-ne-boyus-rozhat.html

Подобное высказывание, обосновывающее пользу родительских курсов подготовки к родам, является крайне распространенным и характерным для индивидуальной акушерки и доулы, которая предполагает, что женщина должна пройти обучение и даже физическую подготовку, чтобы понимать «психофизиологию» родов и облегчить свой путь.

> Я не психолог. Но очень долго наблюдаю за женщинами в родах и перед родами. Вижу много страхов, которые сопутствуют обычно родовой деятельности, сопровождают ее. Понятно, что эти страхи как раз рождают очень много психосоматических явлений, которые потом заканчиваются, как мы говорим, патологией родов и слабостью родовой деятельности. И очень бурная родовая деятельность, которая тоже часто бывает от сильнейшего напряжения. Но я глубоко убеждена, что женщина подготовленная, которая хоть какое-то время из недели в неделю слушает акушерку, сидит среди себе подобных беременных женщин. ‹...›. Но еще есть знания непосредственные — это прямая передача. Эти знания складываются из акушерки или доулы, которая ведет занятия непосредственно. Она вчера на родах побывала, помогла кому-то. Они вместе с женщиной преодолели эти страхи, прошли через боль, прошли через какие-то моменты смирения и разные преграды, связанные со своими собственными амбициями. ‹...›. Я пришла к женщинам. ‹...›. Я это передаю. Они вместе воспринимают эту информацию. Не то, чтобы она одна, они вместе это воспринимают. Потом они вместе что-то делают — смотрят фильм. Или мы вместе делаем интересные практики. В результате это непосредственное знание ложится на сердце. И неважно, какая при этом будет информация. Главное — что получается такой настрой, настрой на то, что все будет хорошо[18].

Автор данной цитаты, записанной на тренинге для индивидуальных помощниц в родах, конструирует страхи через «психосоматические» причины, заканчивающиеся медицинскими диагнозами — «патологией родов», «слабой родовой деятельностью», «бурной родовой деятельностью». В качестве способа преодоления страхов и, соответственно, гипотетических диагнозов лектором предлагается «прямая передача» «непосредственного знания» акушерки или доулы в кругу беременных женщин, а также ряд телесных, вокальных и остеопатических практик.

Принципиально важно отметить, что тексты индивидуальных акушерок и доул в процессе обучения (в независимых от роддомов школах) находятся в оппозиции к некоторым «страшилкам», «заряжают» оптимизмом, настраивают беременную на благополучный процесс родов, на уверенность в себе. Для примера приведу другую типовую оптимистичную рекомендацию персональной акушерки для проработки страха родовой боли до его абсолютного «исчезновения» — подбор практик для работы с болью, осознание необходимости родовой боли.

> Самый распространенный страх будущих мам — страх боли. Что с этим делать? Поработать с дыханием, с расслаблением. Понять уже в беременность, что хорошо помогает вам, какие инструменты для работы с болью будут в ваших родах. Принять роды всем телом и душой как абсолютно нормальный процесс, свойственный человеческому организму. И страх боли просто растает, исчезнет без следа[19].

В среде доул можно услышать вместе с рекомендациями по подготовке к родам на родительских курсах или индивидуальных сессиях также рассуждения на тему: «почему подготовка к родам не работает» с выводом, что в больничные роды «целесообразнее нанять персонального и профессионального партнера — доулу».

[18] Акушерка, остеопат, мама пятерых детей, очный тренинг «Работа с болью в родах». ПМА, 30.03.2018.
[19] https://deti.mail.ru/article/akusherka-arina-chak/

Планирование и организация родов с учетом перинатальных страхов. Подавляющее большинство женщин планируют место, команду и условия своих родов (родильный дом, частный перинатальный центр или домашнее пространство, своя\ или другая страна, платно или бесплатно, с партнером или профессионалом), ориентируясь, в том числе, на свои эмоциональные переживания и перинатальные страхи, наведенные или сформированные на личном опыте предыдущих родов. Возможность формального и реального (для больших городов) выбора любого роддома бесплатно — по полису обязательного медицинского страхования (далее — ОМС) и родовому сертификату — появилась в России с начала 2006 года. Однако медицинская помощь в рамках программы ОМС не предполагает выбор некоторых сервисов, а также команды родов: персонального врача или акушерки.

Распространение практики партнерских/семейных родов в платных палатах с 1997 года и в рамках ОМС с начала 2012 года (после принятия и вступления в силу ст. 51 нового 323-ФЗ) способствовало появлению дискурса на эту тему и организации специальных обучающих тренингов для будущих отцов. Для иллюстрации остроты темы в женской среде приведу беседу между женщинами, спорящими о необходимости участия мужа в родах, в том числе для преодоления страхов в родах:

> [Инф. 1:] Я говорю: «А второй раз пойдешь?» Он говорит: «Нет. Я второй раз закажу сопровождение». Он шутит, конечно, пойдет. [Инф. 2:] Просто прийти, посидеть в коридорчике. [Инф. 1:] Не-не, не в коридорчике, пусть рядом сидят. [Инф. 2:] Если кто не может, я бы своего в коридорчик. [Инф. 1:] Они не могут те, которые не понимают процесс. Если ты не понимаешь, на хрена... [Инф. 2:] А мне не нужен, на момент родов мне был он не нужен. [Инф. 1:] А мне нужен. Я боялась. Мне нужен. Я рожать боюсь. И зубы лечить боюсь. [Смеется.] Я боюсь. Я боли боюсь. Если второй когда-то будет, это даже не обсуждается, обязательно пойдет. Но говорю, что в нашей семье отношения между мужчиной и женщиной намного лучше стали. Отношение к ребенку я вижу с первых дней, как он трясется[20].

Широко распространена ситуация, когда негативный опыт больничных родов рождает страх родильного дома. Следующий кейс иллюстрирует образцовую историю удачных соло родов после негативных больничных, когда страх постсоветских родовспомогательных учреждений вынуждал женщин искать альтернативные пути.

> Когда начались первые схватки, меня муж тихонечко спросил: «Может, в роддом?» Я сказала: «Нет, ни в коем случае!» Именно потому, что тогда страх был сильнее. Страх опять пережить ту ситуацию... ‹...›. На тот момент в Москве не было никаких людей, которые могли бы в домашних родах помогать. Но мне очень повезло. Потому что, когда у меня начались схватки, все прошло достаточно позитивно. Как нас учили, зайти в воду, когда начнет тужить. Когда я родила ребенка вот так, сама. Когда не было никакой помощи. Выйдя из ванной, прижав ребеночка к груди, я тогда сказала мужу: «Я не понимаю, что произошло, но у меня такое ощущение, что, если нужно, я сейчас это готова повторить опять!» Это был такой восторг и такое ощущение счастья! И потом до меня все эти эмоции стали доходить. У меня возникло ощущение, как будто меня кто-то очень сильно обманул. Первые роды, и такие впечатления, воспоминания. И вторые роды, когда мне просто никто не помогал. Это совсем другой опыт, который меня реально зажег. И основная мотивация, ради чего потом я стала уже учиться, работать, помогать другим женщинам, основная мотивация — просто объяснить, дать возможность женщинам это пережить[21].

[20] Инф. 1 — модельер-конструктор, блогер, мама одного ребенка, инф. 2 — владелица частного бизнеса, мама троих детей. ПМА, 23.02.2018.

[21] https://youtu.be/XxH1Z2JfPm0

Автор истории конструирует в рассказе страх роддома с помощью противопоставления первых роддомовских родов вторым — домашним соло родам, которые принесли противоположные эмоции — «восторг и такое ощущение счастья». Повествование типично для индивидуальных акушерок первой волны — оно репрезентирует и интерпретирует выбор профессионального призвания с помощью «страшилки» о роддомовских родах. В 90-е годы после травматичного больничного и последующего благополучного домашнего опыта собственных родов они пошли учиться официальному акушерству в медицинские училища. Часть из них добилась легального участия в платных родах на территории московских роддомов с 2006 года [Кукса 2018].

Преподаватели родительских школ по подготовке к родам, индивидуальные акушерки и доулы, а также руководители частных медицинских центров, работающих с московскими роддомами и перинатальными центрами, активно призывают тщательно планировать роды и отбирать команду в роддом, по ходу объясняя преимущества и недостатки медицинских учреждений и частных центров, с которыми они легально или неформально сотрудничают. Такие тексты содержат также отсылку к эмоциональной неуверенности и тревогам беременных женщин и их семей:

> Страх номер два: за здоровье свое и ребенка. Этот страх объясним: ведь роды — процесс всегда непредсказуемый. Здесь все, что мы можем сделать, — это выбрать себе самую профессиональную команду: роддом с отделением реанимации для взрослых и детей, квалифицированных гинеколога и акушерку. И выдохнуть! Вы сделали все возможное, а на все остальное воля Божья (Аллаха, Будды, силы ветра и дождя или того, во что вы верите)[22].

> Стоит заранее позаботиться о своей родовой команде: внимательно подойти к выбору роддома, акушерки, врача, доулы и партнера[23].

Содержательно две приведенные цитаты одного автора почти не отличаются, кроме возложения ответственности за роды на трансцендентных агентов в первой цитате и рекомендации также привлекать доулу или партнера — во второй. Возможно потому, что автор цитаты, успешная бизнес-леди, стремительно (за два года своей коммерческой деятельности) освоила три легальных из четырех возможных сегментов рынка родовспоможения, организовав новое и перспективное доульское направление и открыв родительские курсы, обучающие партнеров поведению в семейных родах на территории роддома.

5. Психотерапевтические методы преодоления перинатальных страхов

Для работы с перинатальными страхами в Москве применяются также различные нью-эйдж и индигенные техники, а также возникшие, в том числе на их основе, психотерапевтические методики: практики «осознанности» (mindfullness), расстановки, гипнороды, доульские ритуалы и консультации. Они проходят в индивидуальном или групповом формате. Эти направления работы прекрасно усваиваются психотерапевтическим и доульским сообществами, в том числе для того, чтобы работать

[22] https://www.mama-journal.ru/articles/text/arina-chak-pochemu-ya-ne-boyus-rozhat.html
[23] https://deti.mail.ru/article/akusherka-arina-chak/

с перинатальными страхами беременных и постнатальными стрессами матерей. Образуются эклектические/синкретические объяснительные модели, основанные на стыке популярных постсекулярных, нью-эйдж, психотерапевтических парадигм и этнографических сведений, с помощью которых, в том числе, объясняется психологизация или соматизация перинатальных и постнатальных страхов.

В рамках коллективных тренингов, индивидуальных сессий, а также «традиционных» ритуалов ведущие родительских школ, перинатальные психологи, доулы нормализуют перинатальные страхи и фобические состояния, которыми «заражаются» беременные в других дискурсах.

> Почти все женщины в той или иной степени боятся родов. Сам по себе страх в период ожидания — вариант нормы[24].

> Женщины разные бывают. Кто-то, например, есть такие, которые сами. А другие – наоборот, ждут руководства. А кто-то погряз настолько в своих страхах… ‹…› Например, есть такие женщины, которые к тебе сразу приходят и говорят, что сделайте кесарево, пожалуйста. ‹…› А врач отказался сделать кесарево[25].

При наличии глубинных и устойчивых фобий перед родами персональные акушерки и доулы рекомендуют индивидуальную проработку тревожного состояния беременной женщины с перинатальным психологом и/или гомеопатом, как в данной рекомендации.

> Если страхи, опасения, переживания, свойственные, пожалуй, каждой женщине в период беременности, слишком сильно сказываются на ее эмоциональном состоянии, мы рекомендуем ей поработать с перинатальным психологом или гомеопатом. Эта работа не только способствует улучшению общего состояния будущей мамы, но и является профилактикой возможных осложнений в родах и лактации. Чем меньше женщина думает и тревожится, тем лучше протекают физиологические процессы в ее организме. ‹…›. Поэтому доверие собственному телу — это наука, которую стоит освоить каждой женщине, которая собирается стать мамой[26].

Рекомендуя проработку страхов с профессионалами, информантка приводит в интервью типовой для ее круга концепт «доверия к собственному телу», с которым «редко рождаются», а потому «эту науку» независимые акушерки и доулы рекомендуют усвоить в процессе прохождения занятий по информационной, психологической и физической подготовке к родам.

В Москве распространены доульские ритуалы «благословения в Роды», «благословение Пути», «благословение Живота» и прочие способы благополучной инициации в роды и управления перинатальными/постнатальными страхами наряду с многочисленными «этнографическими», «психотерапевтическими» и «остеопатическими» телесными версиями ритуалов «закрытия» родов, необходимых в том числе для профилактики послеродовых депрессий («послеродовое пеленание» с мексиканским шарфом ребозо, с банным индейским ритуалом темаскаль, с славянским «закрытием семи замков»).

В Москве также популярны групповые тренинги по подготовке к «гипнородам», где обучают вербальным техникам самогипноза, глубокого

[24] https://deti.mail.ru/article/akusherka-arina-chak/

[25] Экономист, специалист по женским и йогическим практикам, мама двоих детей. ПМА, 8.02.2018, 10.02.2018.

[26] Акушерка, мама троих детей. ПМА, запись вебинаров 19.03.2018, 10.04.2018.

расслабления ума и тела, погружению в транс, «гипноанастезии» для проживания родов с минимумом вмешательств и без анальгезии, а также продают специальные аудиотреки. Еще в начале 2000-х годов в Москве были распространены различные медитативные техники с элементами йоги и mindfullness практики, в том числе для работы с родовой болью и перинатальными тревогами. Однако, начиная с 2015 года, первый авторский тренинг по гипнородам прошли, пожалуй, все независимые перинатальные специалисты, представители обоих сообществ. Методикам гипнородов были даже обучены медики первого частного перинатального центра Москвы. Нарративы о гипнородах по существу являются противоположностью страшных историй о родах, приведенных, например, на социальной страничке флешмоба #насилие_в_родах.

Следующая история иллюстрирует боязнь родов, которая была, по мнению рассказчицы, успешно решена еще до беременности в рамках специфической психологической объяснительной модели и соответствующей техники — с помощью расстановок по Хеллингеру.

> Сколько себя помню, всегда был ужас перед беременностью, родами. У меня была четкая установка, что беременность — это как голову на плаху положить, и что ребенок — это убийца. Это очень пугало, мучало меня, в какой-то момент я стала искать истоки этих установок. Прошла системные родовые расстановки по Берту Хеллингеру, когда происходит искусственное вмешательство в родовую систему, чтобы понять глубинные причины происходящего в жизни. Да, расстановки показали, что в роду были смертельные случаи. ‹...› «Что за странный мужчина и что за странный разговор», — думаю. ‹...›. «Ой, что Вы! Я желаю Вам детей! Будьте счастливы!» Подходим к остановке, он как-то растворяется в толпе. Я недоумеваю, что бы это все значило, и вдруг меня пронзает мысль: я же была на расстановках на детей! Вот это да! Вселенная мне прямо человека послала, чтобы поддержать!!! Чудеса! Дальше было проще, лучше. Мечта моя сбылась. Я стала мамой и поднялась выше своих страхов и опасений[27].

Автор нарратива конструирует свои страхи в терминах системно-семейных расстановок с помощью, например, концептов «родового проклятия», «родовой системы», а также развивает свою историю согласно принятой среди пользователей данной терапии сюжетообразующей схеме. В приведенном рассказе сконструированы типовые для психотерапевтических объяснительных моделей нарративные маркеры: холистическая связь и неслучайная обусловленность между явлениями, а также интенциональность актантов повествования.

Заключение

По итогам анализа естественной и наставляющей коммуникации о родах, контекстов и воздействия текстов на участников я рассмотрела наиболее частотные каналы распространения страхов — семейный и дружеский, медийный, медицинский — а также соответствующие им разновидности «страшилок», упоминающихся в женских нарративах.

«Страшилки» включаются в повествование о личных родах или о сопровождении родов клиентки для объяснения конкретных решений, интенций и мотиваций рассказчиц, связанных с местом, командой, планом и условиями предстоящего родоразрешения или с выбором профессионального призвания.

[27] https://www.babyblog.ru/community/post/happypregn/3244583

Беременные женщины «заражаются» семейными и дружескими, медицинскими, медийными «страшилками», а потом оплачивают проговаривание, рационализацию и нормализацию перинатальных страхов. Эта помощь осуществляется — в рамках коллективных тренингов, индивидуальных сессий, а также «традиционных» ритуалов — успешными многодетными матерями, ставшими (в силу семейных и иных обстоятельств) профессионалами в области перинатального периода.

По результатам анализа наставляющей коммуникации о родах и прагматики текстов я привела сгруппированные по темам кейсы и цитаты, демонстрирующие типовые способы работы с перинатальными страхами, адресованные реципиентам «страшилок» — «чувствительной аудитории» будущих родителей. К таким типовым способам можно отнести: «контролируемое» изучение медиа контента; посещение родительских школ и тренингов; индивидуальные консультации и ритуалы; гипнороды, mindfullness практики, расстановки; планирование и организацию родов.

Обучающие перинатальные специалисты обычно подтверждают — как бывалые роженицы, состоявшиеся матери и как профессионалы — право женщины на умеренную тревогу, необходимость ее экспликации, изучения и контроля. Это современная типовая интеллектуальная и эмоционально окрашенная практика (групповая и индивидуальная) научения и обмена опытом беременности, родоразрешения и материнства, которой женщины охотно делятся друг с другом (в рамках профессионального активизма, рекламных и платных услуг по подготовке к родам и послеродовому восстановлению). Владельцы и сотрудники частных родительских школ, психологических и медицинских центров, интернет-ресурсов, преподающие и практикующие персональные акушерки и доулы с оптимизмом предлагают широкий спектр услуг и возможностей для проработки перинатальных страхов, выступая в некоторой степени символическими «победителями» и одновременно «выгодоприобретателями» дискурса о страшном.

Литература

Белоусова, Е. А. (1999). *Представления и верования, связанные с рождением ребенка: современная городская культура:* Автореферат дис. канд. н. М.

Бердышева, Е. С. (2012a). От критики к аналитике: коммодификация жизненно важных благ как актуальная исследовательская проблема в новой экономической социологии. *Экономическая социология*, *13*(1), 67–85.

Бердышева, Е. С. (2012b). «Здоровье не купишь»: о противоречиях маркетизации жизненно важных благ на примере рынка стоматологических услуг в Москве. *Лабораториум, 4*(2), 91–114.

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

Бороздина, Е. А. (2017). Логики оказания медицинской помощи и телесное измерение доверия в медицинских взаимодействиях. *Социология власти, 29*(3), 82–102.

Бороздина, Е. А. (2019). Создавая естественность: модели естественных родов в современной России. В Е. Бороздина, Е. Здравомыслова, А. Темкина (Ред.). *Критическая социология заботы: перекрестки социального неравенства*. СПб.: Издательство ЕУСПб, 117–139.

Бороздина, Е. А., Здравомыслова, Е. А., Темкина, А. А. (Ред.). (2019). *Критическая социология заботы: перекрестки социального неравенства*. СПб.: Издательство ЕУСПб.

Кабакова, Г. И. (2001). *Антропология женского тела в славянской традиции*. М.: НИЦ «Ладомир».

Кукса, Т. Л. (2018). *Рассказы о родах и родовспоможении в современной городской культуре.* Магистерская работа, РГГУ.

Кукса, Т. Л. (2019). Теоретические подходы к исследованию практик родовспоможения и текстов о родах. *Медицинская антропология и биоэтика*, *17*(1), 168–200.

Кукса, Т. Л. (2020). Флешмобы или петиции: как женские активисты обучают правовым ценностям и языку российскую власть и рожениц. В Н. Пушкарева (Ред.). *Сборник материалов XIII международной научной конференции РАИЖИ и ИЭА РАН «Женское и мужское в традиционной и современной культуре: сохранение, фиксация, понимание»*, 188–192. М.: ИЭА РАН.

Лабащук, О. В. (2013). *Натальний наратив і усна традиція: синтактика, семантика, прагматика.* Тернопіль: Підручники і підсобники.

Лойтер, С. М. (1997). Детская повествовательная традиция. В *Сборник материалов международной научной конференции «Рябининские чтения-1995»,* 184–187. Петрозаводск: Музей-заповедник «Кижи».

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

Темкина, А. А. (2016). Оплачиваемая забота и безопасность: что продается и покупается в родильных домах? *Социология власти, 28*(1), 76–106.

Темкина, А. А. (2017). «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка. *Экономическая социология*, *18*(3), 14–53.

Темкина, А. А. (2018). Будущая мать как исследователь: стратегии организации платных родов в российском крупном городе. *Антропологический форум*, *2018*(37), 198–230.

Харитонова, В. И. (2016). «А эт(о) — мой смертный узалóк...»: к восприятию родов как rites de passage. *Сборник материалов IX международной научной конференции РАИЖИ «Материнство и отцовство сквозь призму времени и культур»*, 224–227. М.: ИЭА РАН.

Христофорова, О. Б. (2010). «Робячьи муки», или кувада по-верхокамски. *Вестник РГГУ. Серия «Филологические науки. Литературоведение. Фольклористика», 53*(11), 279–287.

Христофорова, О. Б. (2016). *Одержимость в русской деревне.* М.: Неолит.

Щепанская, Т. Б. (1999). Мифология социальных институтов: родовспоможение. *Мифология и повседневность,* вып. 3, 389–423. СПб.: ИРЛИ РАН.

Barker, J. (2009). Introduction: Ethnographic approaches to the study of fear. *Anthropologica, 51*(2), 267–272.

Belousova, E. (2002b). The "natural childbirth" movement in Russia: Self-representation strategies. *Anthropology of East Europe Review, 20*(1), 11–18.

Belousova, E. (2002a). The preservation of national childbirth traditions in the Russian homebirth community. *SEEFA Journal: The Journal of the Slavic and East European Folklore Association, 7*(2), 50–77.

Belousova, E. (2012). *Waterbirth and Russian-American exchange: From the Iron Curtain to Facebook.* Doctoral Dissertation. Houston: Rice University.

Bury, M. (2001). Illness narratives: Fact or fiction. *Sociology of Health & Illness, 23*(3), 263–285.

Garro, L. (1994). Narrative representations of chronic illness experience: Cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the temporomandibular joint (TMJ). *Social Science and Medicine*, *38*(6), 775–788.

Greenhalgh, T., Hurwitz, B. (1998). *Narrative-based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books.

Hunter, K. (1991). *Doctors' stories: The narrative structure of medical knowledge.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Kangas, I. (2001). Making sense of depression: Perceptions of melancholia in lay narratives. *An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 5*(1), 76–92.

Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine, 12*(1), 85–93.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry.* Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives, suffering, healing, and the human condition.* New York: Basic Books.

Kleinman, A., Good, B. (1985). (Eds.). *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder.* Berkeley: University of California Press.

Launer, J. (1998). Narrative and mental health in primary care. In T. Greenhalgh, B. Hurwitz (Eds.). *Narrative based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*, 176–184. London: BMJ Books.

Litvina, D., Novkunskaya, A., Temkina, A. (2020). Multiple vulnerabilities in medical settings: Invisible suffering of doctors. *Societies, 10*(1), 1–17.

Lupton, D. (1997). Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science and Medicine, 45*(3), 373–381.

Lupton, D. (1999). Risk and the ontology of pregnant embodiment. In D. Lupton (Ed.). *Risk and sociocultural theory: New directions and perspectives,* 59–85. Cambridge: Cambridge University Press.

Lupton, D. (2011). The best thing for the baby: Mothers concepts and experiences related to promoting their infants' health and development. *Health Risk & Society, 13*(7–8), 637–651.

Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience.* Cambridge: Cambridge University Press.

Miglione, S. (2001). From illness narratives to social commentary: A Pirandellian approach to "nerves." *Medical Anthropological Quarterly, 15*(1), 100–125.

Olson, L. J., Adonyeva, S. (2013). *The worlds of Russian village women: Tradition, transgression, compromise.* Madison: University of Wisconsin Press.

Polanyi, L. (1985). Conversational storytelling: Discourse and dialogue. In T. Van Dijk (Ed.). *Handbook of discourse analysis, 3,* 98–115. London: Academic Press.

Reissman, K. (1993). *Narrative analysis [Qualitative research methods series, No. 30].* Newbury Park, CA: Sage.

Scott, A. (1998). Nursing, narrative and the moral imagination. In T. Greenhalgh, B. Hurwitz (Eds.). *Narrative based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice,* 149–158. London: BMJ Books.

References

Barker, J. (2009). Introduction: Ethnographic approaches to the study of fear. *Anthropologica, 51*(2), 267–272.

Belousova, E. (1999). *Representations and beliefs related to childbirth: Contemporary urban culture: Abstract.* dis. Ph. D. Moscow. (In Russian).

Belousova, E. (2002b). The "natural childbirth" movement in Russia: Self-representation strategies. *Anthropology of East Europe Review, 20*(1), 11–18.

Belousova, E. (2002a). The preservation of national childbirth traditions in the Russian homebirth community. *SEEFA Journal: The Journal of the Slavic and East European Folklore Association, 7*(2), 50–77.

Belousova, E. (2012). *Waterbirth and Russian-American exchange: From the Iron Curtain to Facebook.* Doctoral Dissertation. Houston: Rice University.

Berdysheva, E. (2012a). From criticism to analytics: Commodification of essentials as a current research problem in the new economic sociology. *Economic Sociology, 13*(1), 67–85. (In Russian).

Berdysheva, E. (2012b). You can't by health: On the contradictions in the marketing of essentials as exemplified by dental services market in Moscow. *Laboratorium, 4*(2), 91–114. (In Russian).

Borozdina, E. (2014). Social organisation of natural childbirth (the case of the centre for birth care). *The Journal of Social Policy Studies, 12*(3), 413–428. (In Russian).

Borozdina, E. (2019). Creating the natural: Models of natural childbirth in contemporary Russia. In E. Borozdina, E. Zdravomyslova, A. Temkina (Ed.). *Critical sociology of care: Crossroads of social inequality*, 117–139. St. Petersburg: EUSP. (In Russian).

Borozdina, E., Zdravomyslova, E., Temkina, A. (Ed.). (2019). *Critical sociology of care: Crossroads of social inequality*. St. Petersburg: Publishing House EUSP. (In Russian).

Borozdina, E. A (2017). The logics of health care and the corporal dimension of trust in medical interactions. *Sociology of Power, 29*(3), 82–102. (In Russian).

Bury, M. (2001). Illness narratives: Fact or fiction. *Sociology of Health & Illness, 23*(3), 263–285.

Garro, L. (1994). Narrative representations of chronic illness experience: Cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the temporomandibular joint (TMJ). *Social Science and Medicine*, *38*(6), 775–788.

Greenhalgh, T., Hurwitz, B. (1998). *Narrative-based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books.

Hunter, K. (1991). *Doctors' stories: The narrative structure of medical knowledge.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Kabakova, G. (2001). *Anthropology of the female body in Slavic tradition*. Moscow: Ladomir. (In Russian).

Kangas, I. (2001). Making sense of depression: Perceptions of melancholia in lay narratives. *An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 5*(1), 76–92.

Kharitonova, V. (2016). "This is the bundle I've made for my funeral...": On the perception of childbirth as rites de passage. In *Collection of materials of the IX international scientific conference of RAIZHI "Motherhood and fatherhood through the prism of time and cultures"*, 224–227. Moscow: N. N. Miklukho-Maklai Institute of Ethnology and Anthropology. (In Russian).

Khristoforova, O. (2010). Childbirth pains, or couvade the Verkhokamye way. *Bulletin of the Russian State University for the Humanities. Series "Philological sciences. Literary studies. Folkloristics", 53*(11), 279–287. (In Russian).

Khristoforova, O. (2016). *Spirit possession in a Russian village*. Moscow: Neolit. (In Russian).

Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine, 12*(1), 85–93.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry.* Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives, suffering, healing, and the human condition.* NY: Basic Books.

Kleinman, A., Good, B. (Eds.). (1985). *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder.* Berkeley: University of California Press.

Kuksa, T. (2018). *Stories about childbirth and obstetric care in contemporary urban culture*. Master's work, Russian State University for the Humanities, Moscow. (In Russian).

Kuksa, T. (2019). Theoretical approaches to studies on practices of obstetric care and on texts about childbirth. *Medical Anthropology and Bioethics, 17*(1), 168–200. (In Russian).

Kuksa, T. (2020). Flash mobs or petitions: How female activists teach legal values and language to Russian authorities and women in childbirth. In N. Pushkareva (Ed.). *Collection of materials of the XIII international scientific conference «Women and men in traditional and contemporary culture: Preservation, fixation, understanding»*, 188–192. Moscow: N. N. Miklukho-Maklai Institute of Ethnology and Anthropology. (In Russian).

Labashchuk, O. (2013). *Natal narrative and oral tradition: Syntactics, semantics, pragmatics*. Ternopil: Textbooks and helpers. (In Ukranian).

Launer, J. (1998). Narrative and mental health in primary care. In T. Greenhalgh, B. Hurwitz (Eds.). *Narrative based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice.* London: BMJ Books.

Litvina, D., Novkunskaya, A., Temkina, A. (2020). Multiple vulnerabilities in medical settings: Invisible suffering of doctors. *Societies, 10*(1), 1–17.

Loiter, S. (1997). Children's narrative tradition. In *The collection of materials of the international scientific conference "Ryabinin Readings-1995"*, 184–187. Petrozavodsk: Museum-Reserve "Kizhi". (In Russian).

Lupton, D. (1997). Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science and Medicine, 45*(3), 373–381.

Lupton, D. (1999). Risk and the ontology of pregnant embodiment. In D. Lupton (Ed.). *Risk and sociocultural theory: New directions and perspectives*, 59–85. Cambridge: Cambridge University Press.

Lupton, D. (2011). The best thing for the baby: Mothers' concepts and experiences related to promoting their infants' health and development. *Health Risk & Society, 13*(7–8), 637–651.

Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Miglione, S. (2001). From illness narratives to social commentary: A Pirandellian approach to "nerves". *Medical Anthropological Quarterly, 15*(1), 100–125.

Olson, L. J., Adonyeva, S. (2013). *The worlds of Russian village women: Tradition, transgression, compromise.* Madison: University of Wisconsin Press.

Pivovarova, A. (2013). The "forgotten" placenta: Symbolic actions in the contemporary practice of home birth. *Forum for Anthropology and Culture, 2013*(19), 106–127. (In Russian).

Polanyi, L. (1985). Conversational storytelling: Discourse and dialogue. In T. Van Dijk (Ed.)., *Handbook of discourse analysis,* 3, 98–115. London: Academic Press.

Reissman, K. (1993). *Narrative analysis [Qualitative research methods series, No. 30].* Newbury Park, CA: Sage.

Schepanskaya, T. (1999). The mythology of social institutions: Obstetric care. *Mythology and Everyday Life,* 3, 389–423. St. Petersburg: Institute of Russian Literature. (In Russian).

Scott, A. (1998). Nursing, narrative and the moral imagination. In T. Greenhalgh, B. Hurwitz (Eds.). *Narrative based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice,* 149–158. London: BMJ Books.

Temkina, A. (2016). Paid care and safety: What is there for sale in maternity clinics? *Sociology of Power, 28*(1), 76–106. (In Russian).

Temkina, A. (2017). "The economy of trust" in the paid segment of obstetric care: The urban educated woman as a consumer and a patient. *Economic Sociology, 18*(3), 14–53. (In Russian).

Temkina, A. (2018). The future mother as a researcher: Strategies for organizing paid birth in a big Russian city. *Forum for Anthropology and Culture, 2018*(37), 198–230. (In Russian).