

Рия Демпси

ЗА ПРЕДЕЛАМИ ПЛАНА РОДОВ

Реальный взгляд
на боль и силу

doula  link
рекомендует

Рия Демпси

**За пределами плана родов.
Реальный взгляд на боль и силу**

«Издательство Ресурс»

2023

УДК 57.161.2
ББК 612.63.02

Демпси Р.

За пределами плана родов. Реальный взгляд на боль и силу /
Р. Демпси — «Издательство Ресурс», 2023

Рия Демпси, доула и психолог, делится своими глубокими знаниями о важности психологической подготовки к родам и к родительству. Автор исследует не только физический, но и психологический и эмоциональный опыт родов и материнства. В своей книге Рия Демпси опирается на многочисленные исследования и свой опыт психологического консультирования; также в книге представлены интервью с экспертами и рассказы женщин Австралии. Книга полезна как будущим родителям, так и перинатальным специалистам — докторам, медсестрам, акушеркам, психологам, доулам. В формате a4.pdf сохранен издательский макет.

УДК 57.161.2
ББК 612.63.02

© Демпси Р., 2023
© Издательство Ресурс, 2023

Содержание

Предисловие автора	6
Введение	7
Глава 1	17
Конец ознакомительного фрагмента.	33

Рия Демпси

За пределами плана родов

Реальный взгляд на боль и силу

*Посвящается моей маме, Лоррейн Фергюсон Ватт (1928–2018),
которая выросла без матери, но смогла полюбить и вырастить
четверых детей, десятерых внуков и девятерых правнуков.*

*Она была превосходной медсестрой, но всегда тосковала по своей
несбывшейся мечте – акушерству.*

Моя работа в родах родилась из этой мечты.

* * *

© Doualink, 2023

© Екатерина Житомирская Шехтман, 2023, перевод

© Рия Дэмпси, текст

Предисловие автора

В то время как многие имена женщин, их партнеров, младенцев, акушерок и доул в этой книге – настоящие, некоторые имена были изменены из соображений конфиденциальности.

Большая часть информации, относящейся к партнерам, подходит как для партнера-мужчины, так и для партнера-женщины. Однако кое-где в тексте имеется информация, относящаяся только к отцам.

В этой книге я приглашаю читательниц к глубокому исследованию собственного «я», своего способа существования в этом мире, к размышлениям о своих жизненных травмах. Это нужно, чтобы создать как можно больше возможностей и для хороших родов, и для благополучного послеродового периода. Я фокусируюсь на травме, поэтому может создаться впечатление, что я виню конкретных женщин в том, как прошли их роды. Ничего подобного! Роженицы оказываются в системе, которая все меньше и меньше готова удовлетворять их истинные потребности во время беременности, родов и послеродового периода. Однако на полное изменение системы нужно много времени; таким образом, задача сделать разумный выбор, осмыслить его и реально посмотреть на свой вклад в роды ложится, к сожалению, только на саму женщину: как она взаимодействует с системой, что нужно сделать, чтобы увеличить свои шансы на положительный опыт родов, каковы ее ресурсы для грядущего материнства.

Я призываю женщин исследовать себя; у кого-то это может вызвать тяжелые воспоминания. Если это ваш случай, я верю, что раз вы, готовясь к родам, нашли в себе смелость для внутренней работы, мои слова дадут вам необходимую поддержку. Я призываю вас также искать поддержку, в том числе психологическую, у специалистов.

И последнее: эта книга писалась долгие годы, а заканчивала я ее в самом начале кризиса, вызванного пандемией COVID-19. Этот кризис оказал огромное влияние на нашу жизнь: социальная дистанция, самоизоляция, слоган «оставайтесь дома» – сложно было всем. Но для людей в непростой ситуации это стало настоящей катастрофой. Сейчас мы не можем еще полностью оценить все последствия пандемии, но для меня важными оказались две вещи, и обе они являются центральными темами в этой книге. Во-первых, мы начинаем по-настоящему понимать, насколько важна для нашего благополучия подлинная связь с другим людьми и взаимная поддержка. Во-вторых, в результате кризиса COVID-19 происходит все более глубокое осознание того, что в кризисные периоды напоминают о себе старые раны – и они просят об исцелении.

Я от всего сердца надеюсь, что проходя через этот кризис, мы – и каждый из нас, и общество в целом – увидим: наше время предложило нам то, что всегда предлагали роды – осознанность, возможность глубокого личного роста, открытость к новой жизни.

Введение

Моя история

Моя первая книга была опубликована в 2013 году, когда я впервые стала бабушкой. Книга «Роды с уверенностью: Грамотный выбор для нормальных родов»¹ рассказывает о десятилетиях моей работы как доулы и ведущей курсов подготовки к родам. Там мой опыт взаимодействия с сотнями женщин, чьи роды я имела честь сопровождать, там же и мои наблюдения за изменениями в культуре родов.

Эти наблюдения позволили мне понять, что женщины, которые не очень настроены на естественные роды без вмешательств, те, кто намерен получить эпидуральную анестезию, индуцированные роды или кесарево сечение, – они легко могут родить так, как и планировали. Поэтому свою книгу я решила адресовать тем, кто хочет родить без вмешательств, потому что им получить желаемое гораздо сложнее. Я назвала моих читательниц волевыми женщинами – имеющими волю пройти через интенсивные схватки, волю принять вызов родов.

Потому что волевые женщины понимают всю пользу таких родов для детей, для формирования привязанности и для них самих.

С тех пор я все реже сопровождаю роды. Я по-прежнему веду семинары, провожу регулярные сессии с беременными женщинами, их партнерами и акушерками, но теперь бо льшую часть моей работы составляет послеродовое консультирование. Именно оно показало мне разрушительный эффект современной культуры родов, от которого страдает множество женщин. Система подводит не только волевых женщин, которым я адресовала свою первую книгу. Количество травмированных женщин растет. Растет и уровень посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)².

С помощью таких организаций, как Beyond Blue и PANDA³, мы теперь яснее видим рост депрессивных и травматических расстройств у молодых мам. Мы теперь яснее понимаем причины этого явления. Но нам еще предстоит до конца понять и признать огромное влияние опыта родов женщины на течение послеродового периода.

В этой книге я хочу поделиться своим пониманием этой ситуации. Также я хочу объяснить, почему эмоциональная подготовка, которую я всегда рекомендую женщинам с запросом на нормальные физиологические роды, нужна на самом деле всем женщинам, готовящимся к новому «переходу»: к этому радостному, но физически и эмоционально непростому времени родительства.

Мои первые роды

Как знают читатели моей первой книги, к работе с родами меня привело рождение моей старшей дочери. Она появилась на свет в Англии. В родах я встретила с каскадом вмешательств: после того как схватки остановились на раскрытии 6 сантиметров, была стимуляция (использование синтетического окситоцина для ускорения схваток), петидин (наркотический препарат для обезболивания), эпизиотомия (рассечение промежности), экстренное ручное отделение плаценты после обрыва пуповины во время слишком активного ведения третьего

¹ Вышла в издательстве «Ресурс» в 2021 году. URL: <https://resource-publishing.ru/rody-s-uverennostyu>. – Прим. перевод.

² Bradfield, E. (2019) 'Australia's maternity care at «crisis point» with birth trauma rates increasing.' ABC News. ABC online.

³ Beyond Blue – австралийская организация, занимающаяся вопросами психического здоровья. URL: <https://www.beyondblue.org.au/> PANDA (Perinatal Anxiety & Depression Australia) – австралийская организация, занимающаяся психическим здоровьем молодых семей и их близких в период беременности и первого года жизни ребенка. URL: <https://panda.org.au/about/about-panda> – Прим. перевод.

периода. В заключение последовало рутинное разлучение с дочкой на несколько часов сразу после рождения.

Я готовилась к естественным родам (так это называлось в 1970-х годах), планировала их и договаривалась об этом с госпиталем; поэтому такой каскад вмешательств застал меня врасплох. Я была учителем физкультуры, туринструктором и тренером по плаванию. Я доверяла своему телу. Я была в прекрасной форме, полностью здорова и готова к рождению своей такой желанной малышки. Я верила, что роды – это нормальная функция здорового организма, а не болезнь и что мое тело будет знать, что делать. Поэтому я была в шоке. Что случилось???

История извне

То, что я поняла про свои первые роды, сильнее всего повлияло на мою работу с женщинами в последующие десятилетия. Я поняла, что если доверять процессу родов было разумно, то доверять госпиталю, где я собиралась рожать, было наивно. Я тогда верила, что система родовспоможения – ее эксперты, принятые практики и процедуры – создана, чтобы поддерживать мою внутреннюю способность рожать и помогать мне. Во время беременности в ответ на мои вопросы в госпитале меня уверяли: никаких рутинных «клизм и бритья» (то есть бритья лобка и опорожнения кишечника), никакой, сказали мне, рутинной стимуляции родов и рутинного обезболивания тоже не предлагают, и уж тем более не делают рутинной эпизиотомии. Мне также обещали, что малышка будет со мной «на совместном пребывании». На деле, как показали мои роды, все эти процедуры были рутинными, так же как и разлучение с дочкой сразу после родов.

Я пришла к выводу, что мое слепое доверие госпиталю во время беременности объяснялось моим неосознанным трансом покорности – он часто встречается у первородящих мам. Это культурно обусловленная реакция на взаимодействие с медицинскими авторитетами. Если бы во время беременности у меня не было такой реакции и такого наивного отношения к стандартным практикам госпиталя, уверена, я приняла бы другие решения. Действительно, в двух следующих родах мое новое понимание ситуации привело меня к совершенно другому выбору – оба раза это были домашние роды. Тогда я уже знала, что если я, женщина из группы низкого риска, буду рожать дома со специалистами, которые доверяют родам и моей способности рожать, мои шансы избежать нежелательных и ненужных вмешательств будут гораздо выше.

Выбор, который я сделала во вторых и третьих родах, был, как я это назвала, разумным выбором – по контрасту с наивными выборами «из того, что было», которые я сделала в первых родах. Я уверена, что когда женщины хорошо проинформированы о стандартных процедурах, принятых в нашей системе родовспоможения, имеют представление о функциональной боли в родах (и о роли родовых гормонов), они делают в родах гораздо лучший выбор. Все читатели моей первой книги знают, что ее главные темы – это разумный выбор и важные решения: где и с кем рожать.

Но я также давно знала, что когда мы рожаем, задействованы глубинные слои психики. Прошлое женщины, текущие обстоятельства, ее мечты о будущем – от всего этого зависит, как она будет себя чувствовать в родах. Думаю, так было всегда. Ведь роды – это про семью, про создание будущего, про родительство. У кого из нас нет «больного места» в какой-то из этих областей? Кто из нас не хочет сделать все лучше, чем наши родители? Кто не боится повторить их (и свою) историю?

Для меня выбор домашних родов во второй и третий раз означал контроль над внешними обстоятельствами, которые испортили мои первые роды, – госпитальными рутинными и практиками. Но мне надо еще было разобраться с внутренней историей: неосознанными страхами, которые, конечно, сыграли в моих первых родах свою роль.

История изнутри

Думая о своих первых родах, ожидая второго ребенка, я увидела, что да, я была наивна, но наряду с моей общей наивностью мной двигали неосознанные страхи – страхи родом из моего детства.

Мой брат старше меня на полтора года, он родился с большим отверстием в сердце и с прогнозом, что он проживет не больше пяти лет. В раннем детстве ему не давали перенапрягаться, а его здоровье и благополучие были главным предметом заботы и внимания. Моя мать стала брату «мамой-медсестрой». Она соединила свои медсестринские навыки и материнскую заботу и (вместе с нашим отцом) сохраняла ему жизнь гораздо дольше, чем предсказывали врачи. В четырнадцать лет благодаря достижениям медицины брат стал одним из первых жителей штата Виктория, получивших драгоценный дар – операцию на открытом сердце. Он до сих пор жив и здоров в свои «за семьдесят».

Маленькой девочкой я сформировала две бессознательные реакции на рождение и раннее детство моего брата. Они стали «джокерами» во время моей беременности и в конце концов сыграли свою роль в моих первых родах. Первой реакцией был подсознательный страх, что мой ребенок тоже может родиться с каким-то опасным для жизни пороком, как родился мой брат. Второй реакцией (благодаря чудо-операции, спасшей брата жизнь) стало безграничное доверие к медицине.

Неосознанные, непроработанные и потому тогда неизвестные мне, эти внутренние реакции создали довольно-таки шаткий фундамент, на котором должна была держаться моя уверенность в родах. Поскольку я находилась в хорошей форме и была здорова, я самоуверенно полагалась на свое тело и почитала это гарантией своего умения рожать. В реальности же мое доверие своему телу, своей беременности и своей способности рожать было лишь тонким поверхностным слоем, который легко и неуклонно снимался нашей системой родовспоможения, питавшей, тогда неведомо для меня, фундаментальное недоверие к родам. Началось это в беременность назначением бесконечных анализов, множества обследований и постоянным беспокойством о моем «значительном для первых родов» возрасте («значительным» на тот момент считался возраст двадцать пять лет, а мне уже было двадцать восемь!). Это продолжилось в родах: когда я позвонила в госпиталь сказать, что у меня подтекают воды, в ответ (безо всяких объяснений) была выслана машина скорой помощи с сиреной и мигалками – меня нужно было немедленно привезти в госпиталь! Это меня очень испугало.

Сегодня мы гораздо больше знаем о явлении эволюционного регресса, о женских родо-вых гормонах, о гармоничной последовательности, в которой они появляются по мере развития родов. И мы знаем, что может прервать этот процесс. Скорая помощь с сиреной и нежелательные рутинные процедуры в приемном отделении госпиталя... Это все никак не помогло моим гормонам родов. Потом (как я поняла впоследствии) моя нерассказанная внутренняя история и мои страхи за здоровье ребенка привели к выбросу адреналина, который еще больше нарушил гормональный баланс. В родильном отделении мои внутренняя и внешняя истории соединились: тело было наполнено страхом и адреналином. Считывая мои страхи, шейка матки отреагировала так, как и должна была там и тогда, где и когда рожать ребенка небезопасно. Она прекратила открываться. Неудивительно, что роды остановились.

Роды сегодня. Культура страха

Конечно, с точки зрения психологии в моей истории были и положительные моменты. Я доверяла процессу родов и доверяла своему телу. Без сомнения, мне удалось создать и удерживать это доверие. Но за годы, прошедшие со времени моих первых родов, я все время видела, как в нашей культуре все сильнее подрывается доверие к родам и к способности женщин рожать. В результате мы дошли до того, что сама идея родов без медицинских вмешательств кажется многим женщинам нереальной. Роды теперь полны страха – даже для тех, у кого нет

личных страхов, как это было у меня. Милли Хилл, автор статей и книг о родах и основательница движения «О родах – позитивно», пишет: «Послание общества о родах... очень четкое и ясное: это будет ад, бойся... и ни на что особенно не надейся»⁴.

Этот извращенный страх в нашей культуре производит сегодня то действие, которое произвели мои личные страхи много лет назад во время рождения моей первой дочери. Он гарантирует, что женщины доверятся системе и покорятся госпитальным рутинам, работающему там персоналу и преобладающей там культуре. Это объяснимо: когда мы боимся, большинство ищет поддержки у окружающих. Конечно же, женщины отправляются в госпиталь, надеясь, как и я в свое время, что окружающие снизят эти страхи. Сознательно или нет, но они считают, что «работа госпиталя – следить за моей медицинской безопасностью. Зная это, я буду чувствовать себя в безопасности». Но медицинская безопасность сильно отличается от безопасности эмоциональной. А роженицам – всем роженицам – нужно и то и другое.

У наших страхов множество разных источников: культурный страх родов, а под ним естественный страх, который возникает уже в родах, и все это накладывается на естественную тревожность, страх неизвестности, скрытые страхи и/или более глубокую старую травму, которую вытаскивают на свет грядущие перемены. Осознает это женщина или нет, но она идет в госпиталь в надежде, что ее страхи уйдут. Она доверяет не столько конкретным акушерке или доктору, сколько всей современной культуре родов, где доминирует медицина. Медперсонал, рутинные практики, структура госпиталя и его философия – все это играет, если мы обратимся к психологическим терминам, роль родительской фигуры. И большинство женщин эта «родительская фигура» предаёт.

Практика, при которой незнакомые акушерки приходят и уходят, сменяются, заступают на дежурство, принимают одновременно несколько родов в переполненном родильном блоке, акушерское насилие в нашей культуре, где вообще принято выяснять, кто сильнее... Вот с чем сталкиваются рожаящие женщины. Эпидуральная анестезия распространена настолько, что человеческое участие – старый добрый способ работы с болью – женщинам теперь не предлагается. Таким образом, роженицы испытывают нехватку непрерывной глубокой человеческой поддержки – поддержки опытного специалиста, в которую входят и нужные слова, и контакт глаза-в-глаза, и дружеское прикосновение, и объятия, и массаж... а иногда просто неравнодушное присутствие.

Этот существующий нынче уход (а вернее, его отсутствие) часто ведет к не самым лучшим сценариям родов – и для тех волевых женщин, которые выбрали роды без вмешательств, и для рожениц, которые выбрали вмешательства или получили их по показаниям. Как психолог, работающий с женщинами после родов, я все время вижу, что причиной огромного количества вмешательств становится пренебрежение эмоциональной безопасностью женщины (или даже усиление уже имеющейся эмоциональной боли). Без эмоциональной поддержки в родах могут проявиться страхи женщины, ее «слабые места», глубокие непроработанные психологические раны и травматичные жизненные ситуации. Без эмоциональной поддержки повышение уровня адреналина в крови роженицы может нарушить гормональный баланс, а следовательно, и само течение родов. В наших условиях это означает, что очень часто вмешательств можно было бы избежать, если бы женщина получала должный уход.

Акушерки Микки Шпрелих и Джулия Зенг считают очень важным выяснить, «в какой степени страх родов – это страх физической боли, а в какой – боязнь других стрессовых факторов, таких как потеря контроля, нехватка внимания и заботы, проявления реакций на прошлую травму и т. д.»⁵.

⁴ Mill, M. (2018) 'Scaring women with tales of childbirth agony isn't helpful. Telegraph.

⁵ Sperlich, M., Seng, J. (2008) *Survivor Moms: Women's stories of birthing, mothering and healing after sexual abuse*. Motherbab Press.

По моему опыту такие страхи вызывают не меньше проблем, чем страх физической боли, поэтому важно исследовать их природу и их источники. «Эти исследования стоят того, ведь эпидуральная анестезия и наркотические препараты не смогут предотвратить стресс, если это стресс не физической природы, – объясняют Шпрелих и Зенг, – если боль имеет психологический характер, то и работа с болью должна быть другой»⁶.

Роды всегда вызывают эмоциональную реакцию, обнажают слабые места в наших отношениях и в нас самих, а для кого-то – и прошлые травмы. Но поскольку сегодня наша система взаимодействует только с физической болью, она утратила древнее искусство поддержки в родах, которое подразумевало заботу обо всех телесных и психологических потребностях женщины. Так что сегодняшние роженицы находятся в другой ситуации.

Раньше (а в некоторых культурах и по сей день) та забота, которую женщина получала в родах, позволяла ей выразить свои эмоции, исследовать их и там, где возможно, получить поддержку в принятии жизненно важных решений. Отношения между женщиной и акушеркой строились (и/или укреплялись) еще во время беременности. Это позволяло им вместе исследовать эмоции и чувства женщины в безопасном режиме; они вместе пытались предугадать, какие особенности женщины могут проявиться в родах и как в этом случае лучше поступить. Если у сегодняшней роженицы такие отношения с медиками, то и ее взаимодействия с медиками в родах, скорее всего, не будут травмирующими. Напротив, они принесут исцеление, помогут обрести силу. Во все времена и во всех культурах роды рассматривались как инициация, предшествующая переходу в материнство. Глубокая человеческая забота и прочная связь с другими людьми всегда были частью этой инициации.

В наше время представление о родах как об инициации претерпело большие изменения. Волнения женщины о том, как она будет рожать, практически всегда разбиваются о фразу «главное, чтобы ребеночек был здоров». Мы пренебрегаем здесь традиционной функцией родов – обретением силы перед лицом опасности. Ведь когда рождается ребенок, рождается и мать. И ее здоровье – физическое и психическое – не менее важно, чем здоровье ребенка. Если чувства женщины и те испытания, через которые она прошла во время родов, не признаются, если с ними не работают ни во время беременности, ни в родах, они все равно никуда не исчезают. Напротив, исследования показывают, что это один из факторов, повышающих риск возникновения послеродовой депрессии.

Мы не можем рассматривать роды только как сугубо медицинское событие, мы должны признать важность опыта родов для женщины. Многие акушерки с сожалением говорили мне, что мы не занимаемся эмоциональным здоровьем женщины в перинатальный период, когда ее психика максимально уязвима. Сегодня растет уровень психологических травм в родах и посттравматических стрессовых расстройств в послеродовом периоде⁷, повсеместно распространена послеродовая депрессия⁸, а самая частая причина смерти женщин в первый год после родов – самоубийство⁹. Считаю, что забота об эмоциональном здоровье должна стать нашим ответом этим печальным фактам.

⁶ Sperlich, M., Seng, J. (2008) *Survivor Moms: Women's stories of birthing, mothering and healing after sexual abuse*. Motherbaby Press.

⁷ Bradfield, E. (2019) 'Australia's maternity care at «crisis point» with birth trauma rates increasing.' ABC News. ABC online.

⁸ PANDA (Perinatal Anxiety & Depression Australia), www.pan-da.org.au.

⁹ Ellwood, D., Dahlen, H. (2019) 'Factcheck: Is suicide one of the leading causes of maternal death in Australia?' Conversation.

Эмоциональная подготовка

Женщины, которые ходили ко мне на курсы подготовки к родам, получили также возможность психологического роста. Мы обретаем ее, когда начинаем воспринимать роды как инициацию, и смело, с внутренней мотивацией вступаем на этот путь.

«Я прошла инициацию в материнство, – написала одна из этих женщин, Кэри. – Моя жизнь бесповоротно изменилась. Я почувствовала, как меня перенесли в какое-то волшебное место, место, где проходят мистерии для женщин, когда их посвящают в материнство. Я была ребенком, а выросла в женщину. Эта женщина держит ключ к таким уголкам моего „я“, о которых я и не подозревала».

Другая женщина, Таис, размышляет о дарах, которые мы могли бы получать, если бы наша культура рассматривала беременность и роды как инициацию. «Какая прекрасная возможность – иметь доступ к знаниям и опыту, с их помощью исследовать, искать и найти „боль и страсть“ и истинный „вкус“ родов... при поддержке тех, кто всецело признает и восхищается твоим путем – самым важным в жизни».

Таис получила преимущества мощной эмоциональной подготовки во время своей второй беременности: «В первых родах у меня были эпидуралка, эпизиотомия, а ребенка тащили щипцами... Это было чудо, это было священное событие, огромное облегчение после длинных затяжных родов... – пишет она. – Я никогда не ощущала, будто была чего-то лишена в своих первых родах, но в глубине души, в глубине тела всегда звучал вопрос: почему, почему я не смогла это сделать? И пока я не пришла на занятия к Рири, это была более или менее вся моя внутренняя работа».

«Меня унесло куда-то. Сила, которая помогла мне родить Бена естественно, просто смела меня, – написала Таис про свои вторые роды. – Разница между первыми и вторыми родами состояла в том, что, работая с Рири, я готовилась не только телом. Мой разум и моя душа тоже были готовы к родам. Мы снимали слой за слоем то, что мешало. И под каждым слоем было все болезненнее, все нежнее, и все ближе и ближе к самой сердцевине родов».

Я работаю с родами более сорока лет. За это время я поддержала множество женщин, которые хотели прожить нормальные физиологические роды; высокой честью было свидетельствовать магическое превращение, которое с ними происходило.

Конечно, нормальные физиологические роды возможны не для всех мам и малышей; кому-то понадобятся все преимущества медицинских вмешательств – в интересах безопасности мамы и ребенка. Да и не каждая мечтает о нормальных физиологических родах; все чаще женщины выбирают для себя управляемые роды с вмешательствами. Но то, что поддержка в родах как в инициации недоступна в обычном госпитале, я считаю предательством каждой женщины.

В масштабе мировой культуры родов сейчас наблюдается смещение к более сконцентрированной на женщине форме ведения и приема родов. Система при этом меняется медленно, тенденция «мамоцентризма» еще не полностью реализована. Таким образом, ответственность за подготовку к родам лежит на самой женщине.

И сейчас есть много женщин, таких как Кэри и Таис (и, наверное, как вы), которые вдохновляются нормальными физиологическими родами и которые, сделав разумный выбор и пройдя соответствующую подготовку, смогут так родить. Физическая и эмоциональная подготовка увеличивает шансы на нормальные роды. Это дар, приносящий силу молодой матери. И если в родах оказались необходимыми вмешательства, это никак не уменьшает ценность проделанной эмоциональной работы. Она делает незабываемым опыт послеродового периода.

На самом деле, подозреваю, что женщин, которые хотят прожить роды как инициацию, дающую силу, гораздо больше – многие просто не знают, где получить соответствующую

информацию. Они никогда не слышали хороших историй о том, что это возможно и каким именно образом. Вместо этого современные женщины слышат истории родов, вырванные из контекста, драматические истории о вмешательствах, рассказанные без понимания культуры родов, которая сама к этим вмешательствам и привела. В этих печальных историях я слышу голоса матерей – которых ранили, которых предали. Голоса этих женщин эхом звучат через поколения. Мы отлично слышим их, когда более опытные подруги посвящают недавно забеременевшую в предстоящие ей «ужасы родов». Или в разговорах «между нами, девочками», когда женщины словно соревнуются, чьи роды были ужаснее; или в отвержении мамы с депрессией; или в циничных насмешках над роженицей, чьи ожидания не сбылись; или, наконец, в затыкании рта женщинам, которые хотят поделиться позитивными историями о нормальных физиологических родах.

Роды в контексте

Беременные в моих группах подготовки к родам имели привилегию – они могли слушать позитивные истории родов в наиважнейшем контексте эмоциональной работы и разумного выбора во время беременности. Они слышали эти позитивные рассказы от своих «сестер» во время занятий, куда те приходили на послеродовые встречи. Истории родов, которыми они делились, отражали эмоциональную работу – в моих группах она длилась несколько месяцев. Беременные видели внутреннюю психологическую подготовку, узнавали об осознанных выборах, которые каждая из женщин делала в беременность, и понимали, что хороший исход таких родов – не просто везение.

Этот важный контекст, о котором мои клиентки узнавали в наших группах, я хочу представить в этой книге. Я хочу показать, как личный опыт женщины и ее отношения с другими людьми могут повлиять на ее роды; как ее стиль жизни и восприятие окружающего мира влияют на ее поведение в непростой ситуации родов; и, наконец, как это влияет на ее отношения с медиками и другими участниками родов – и когда это плохо для течения родов, а когда хорошо.

Наша система должна измениться. На сегодняшний день существующая структура может способствовать возникновению у роженицы психологической травмы. Глубокая эмоциональная работа, о которой говорится в следующих главах, снизит вашу восприимчивость к «косякам» этой структуры, а это даст вам позитивный опыт родов и для будущего родительства. Так что вначале мы обсудим, почему существующая система родовспоможения вызывает у женщин скорее страх, чем чувство безопасности, а потом мы обратимся к нашим внутренним «слабым местам», к тому, как они проявляют себя при взаимодействии с культурой родов. Мы выясним, как эта информация повлияет на вашу подготовку к родам и на выбор, который вы сделаете.

В книге я даю информацию. А ваша работа будет включать самоанализ, выявляющий ваши страхи, психологическую работу для осмысления непроработанных воспоминаний, непростые обсуждения, чтобы прояснить прошлый опыт и сформировать настрой на будущее. Возможно, вам придется обратиться за профессиональной поддержкой; вы будете укреплять свои внутренние ресурсы с помощью техник осознанности, терапии, духовных практик; важно развивать в себе самосострадание и одновременно смелость.

Эта подготовка необходима женщинам, которые хотят повысить свой шанс на нормальные роды. Но какими бы ни были (или ни будут) ваши роды, я надеюсь, что эта книга поможет вам увидеть беременность и роды как возможность бережно обратиться к своим эмоционально хрупким зонам, к прошлым жизненным травмам. Тогда вместе с рождением малыша вы получите также дар исцеления, дар внутренней трансформации.

Если вы готовитесь к своим первым родам, уверена, информация, которую вы получите здесь, даст вам хорошую опору. Но я знаю, что для многих женщин, столкнувшихся с нашей травмирующей культурой родов, именно первые роды становятся толчком для понимания, что

же такое наша система родовспоможения. Так было, например, у меня. Хотя мои первые роды прошли совсем не так, как я мечтала, они дали мне возможность личного роста и вдохновили меня в последующих родах пойти против системы. Если вы тоже были травмированы в родах, эта книга, надеюсь, поможет вам пройти моим путем: проработкой своего опыта с помощью тех, кто не боится противостоять системе.

Дар моих первых родов

В соответствии с существовавшей тогда рутиной мою старшую дочку забрали у меня сразу после рождения; меня, как и всех остальных молодых мам, усыпили (чтобы я получила «заслуженный отдых»). Я смутно помню, как попрощалась с мужем и как меня привезли в послеродовое отделение, в большую палату на двенадцать коек... и я провалилась в беспокойный сон.

Следующее воспоминание – это как я с трудом поднимаюсь из каких-то глубин, а кто-то ласково гладит меня по руке. Я слышу голос, говорящий со знакомым акцентом уроженцев Вест-Индии. Это была Мирабела, мама близнецов (четвертого и пятого из ее детей), с которой я познакомилась в госпитале на занятиях гимнастикой для беременных. Она спрашивала, что случилось; она лежала на соседней кровати и услышала, как я плакала и металась во сне. Тут я заметила, что моя подушка насквозь промокла от слез, и, подбадриваемая Мирабелой, смогла прохрипеть, что не знаю, где моя малышка.

Для Мирабелы этого оказалось достаточно. Величественная как королева она отправилась на акушерский пост и потребовала, чтобы акушерки немедленно разыскали моего ребенка. Никаких «хороших девочек» и «удобных пациенток»! Это была образцовая «мать-тигрица», разыскивающая детеныша – моего детеныша. Никакого транса покорности! Через несколько минут в палату вошла торжественная процессия во главе с Мирабелой; за ней шла акушерка, катящая кроватку с моей прекрасной девочкой – дочка плакала: она так же тосковала без меня, как и я без нее. В эти минуты Мирабела была воплощением матери-защитницы, дающей спокойствие и безопасность. В ее присутствии я почувствовала безграничное смирение.

Вдохновленная Мирабелой, я распрощалась со своим трансом покорности и досрочно выписалась из госпиталя вместе с малышкой. Это стало самым важным решением в моей жизни: потребовать себе своего ребенка и заявить о себе как о матери. И это привело меня в работу с родами.

Прошло более сорока лет с рождения моей первой дочери и более шести лет с момента публикации моей первой книги. Сегодня я бабушка – и не одного, а целых четырех внуков; все они родились дома. Я двоюродная бабушка пяти внуков моей сестры. Для меня было большой честью присутствовать на всех родах у младшего поколения нашей семьи, какой драгоценный дар – свидетельствовать приход в наш мир этих прекрасных младенчиков!

Нормальные физиологические роды дома или в родильном центре – мощная часть нашей семейной истории. Две мои дочери родились дома, дома родила двух своих деток моя сестра, в следующем поколении пятеро детей родились дома (пока что пятеро!), остальные рождены в родильных центрах или в госпитальных палатах «мягких родов».

К сожалению, положительный опыт естественных родов, который получили мои дочери и племянницы, очень далек от норм современной культуры родов. Напротив, они попали в группу эксклюзивного меньшинства – такой опыт всего лишь у 1–5 % рожениц. Их дети также составляют меньшинство – меньшинство тех, кто мог родиться в свой срок, в чьих родах присутствует полный спектр всех родовых гормонов и гормонов привязанности, кто получает полную дозу «гормона любви» – окситоцина.

Сейчас ведутся исследования, чем можно «заполнить пустоту», если нормальные физиологические роды с их гормонами невозможны по медицинским показаниям. Но я задаюсь вопросом, почему так мало современных детей рождается таким образом? Почему нормальные физиологические роды так редки?

И что это будет означать в будущем?

Как бабушка я чувствую растущее беспокойство. На что будут похожи роды для моих правнуков и праправнуков?

Я вспоминаю выступление Дэвида Сузуки, всемирно известного специалиста по охране окружающей среды. Он сказал, что все проблемы, с которыми он работал, становятся только серьезнее и серьезнее. Так что он вынужден признать, что «провалил» дело своей жизни. Но каждый раз он вспоминает о своих внуках и понимает, что не может прекратить работать, добиваться изменений и информировать население об охране окружающей среды.

Так и я, размышляя о десятилетиях своего труда, вижу, что многое, о чем я бесконечно говорю с целью изменить ситуацию, становится только хуже. Но потом я думаю о своих внуках и своих праправнуках... и знаю: мне предстоит еще много работы!

В чем же состояла моя работа? Я преподавала, я выступала, я возмущалась, я свидетельствовала, я бросала вызов, я писала. Вот и сейчас я пишу эту книгу.

Эта книга для тех женщин, которые хотят обрести в своих родах силу, а не стресс. Она также для акушерок, врачей и доул. Она для каждого, кто хочет понять, как улучшить роды и отношение к женщинам, как нам изменить установку, что нормальные физиологические роды это слишком трудно, что оно того не стоит или что такие роды – просто везение.

Нормальные роды – это не просто везение. Молодежь в моей семье – им не просто повезло. Это правда, что в большинстве своем у них были неосложненные беременности, но ведь так и у 80 % женщин¹⁰. И нет, роды у моей сестры и у наших дочерей не были какими-то особенно легкими. А вот что у них было – так это контекст, в котором они готовились к родам. Видя мою работу, они знали множество историй. Мои дочери сидели на родах со старшими братьями и сестрами новорожденного; они приходили в дома, еще наполненные светом недавних родов, через несколько часов после рождения малыша; в нашем доме рожали некоторые мои клиентки; они слышали, как я говорю о выборе в родах и о других вопросах; они слышали, как я по телефону продыхиваю схватку вместе с роженицей; они слышали, как звучит рожаящая женщина, и получили опыт оценки прогресса родов («Мам, она считает, что она в активных родах и скоро родит, но там даже близко нет ничего похожего»). На них повлияли истории о родах, об экстатических состояниях, о препятствиях, о смелости, о доверии, о трансформациях – и о любви.

Вот какой контекст помог им, в какой-то степени помог без их ведома. Об этом размышляет моя дочка в рассказе о рождении своего первенца.

Только спустя несколько лет я смогла оценить статистическое чудо рождения малыша в руки своего отца в доме моей мамы, – пишет она. – Девочкой я видела рождение моих младших сестер у нас дома, и я выросла, слушая рассказы моей мамы о домашних родах, которые она сопровождала, поэтому роды в безопасном и комфортном для меня месте – ее доме – вряд ли стали каким-то радикальным решением. Конечно, я никогда не считала, что все без исключения роды прекрасно проходят без вмешательств – я знаю, как что-то может пойти не так. Чтобы узнать о родах больше, я обратилась к исследованиям. Надо сказать, что мой муж (ученый!) ни под каким видом не подписался бы на такое неожиданное (для него) мероприятие, как домашние роды, если бы я не предоставила ему достаточно аргументов. И они у меня

¹⁰ 'Care in Normal Birth: A practical guide' (1996) World Health Organisation.

были. Я смогла объяснить ему, что нахожусь в группе низкого риска и что лишние вмешательства в роды в знакомой обстановке и в сопровождении опытных специалистов на практике встречаются гораздо реже. Что я могу доверять своему телу и своим акушеркам и что в случае необходимости мы всегда сможем поехать в госпиталь.

Представив это ему как аргументы, сама я понимала, что все это общие места, но одновременно это были знания, с которыми я выросла. Так случилось благодаря моей маме – и благодаря опыту ее первых родов (моих!). Я вижу абсолютно ясный и прямой путь от моего рождения – с ненужными вмешательствами, акушерским насилием и слезами – к моим прекрасным (но все равно непростым) родам, когда к нам пришел наш сын, в любви, в знакомых стенах дома его бабушки. Его рождение стало выстраданным завершением истории, начавшейся несколько десятилетий назад с моим появлением на свет. Это завершение истории выстрадано моей мамой.

Мы оставались у мамы еще пять дней, и только когда вернулись домой, я поняла, как много она за это время сделала для меня – сколько было стирки, готовки, мытья посуды, как много она мне дала ненавязчивых, но таких нужных советов! Читая мамины книги, я не могу понять, почему же до сих пор дома рождаются меньше 1 % всех детей. Благодаря знаниям, которые я получила «с маминым молоком», пока жила с ней вместе дома, я вижу ту огромную работу, которую раньше едва замечала. Именно эта работа сделала рождение нашего сына самой разумной и самой прекрасной вещью на свете, а не эпатажем или безумной радикальной выходкой.

У нашей семьи богатое «родовое» наследство, которое достанется следующим поколениям. Я хочу, чтобы такое наследство было у каждой женщины. Может быть, оно уже есть у кого-то из читательниц. А кто-то, возможно, пережил травматичные роды, прямо как я много лет назад. Но мощные истории родов для будущих поколений должны с кого-то начаться. Может быть, с вас?

Рия Демпси, 2020 год

Глава 1

Система

Прерванные роды

Считаем ли мы роды в большинстве своем опасными или это естественное, нормальное событие, где иногда возникают опасные ситуации, которые требуют нашего вмешательства?

Профессор Ханна Дален

Я сидела в парикмахерской, когда поняла: чего мы только ни натворили в родах и какое это безобразие по отношению к женщинам.

Парикмахер, молодая женщина по имени Келли, спросила меня, что это за заметки я делаю. Я ответила, что работаю над книгой. Она спросила, о чем я пишу, и, подозревая, мой ответ, что книга о родах, ее слегка разочаровал. В конце концов, это не самая горячая тема. Но ее следующая фраза сделала для меня содержание моей книги еще более важным. Келли сказала, что они обсуждали роды с подругами и все пришли к выводу, что «без эпидуралки родить невозможно».

Дело моей жизни, которому я посвятила более сорока лет, как раз состоит в поддержке женщин, которые хотят родить без ненужных медицинских вмешательств. Высокой честью для меня стала возможность видеть сотни родов – дома, в родильных центрах и в госпиталях. Эти роды разворачивались с участием всех родовых гормонов, которые появляются в отсутствие вмешательств. Я видела бесчисленное количество женщин, следовавших своим инстинктам, которые просыпались благодаря гормонам родов. Я видела волшебное действие природного окситоцина, нашего гормона привязанности, гормона «приблизься и подружись», гормона эмпатии, многозадачного гормона; в родах он дает нам «взрыв любви» и влияет на дальнейшее поведение матери по отношению к малышу.

Так что я, конечно, знаю, что роды без эпидуральной анестезии возможны. Но я также знаю, почему Келли считает так, как она считает. И почему так же считает еще множество женщин. Убеждения Келли всего лишь часть гораздо большей истории – той, в которой участвует каждая роженица в нашей культуре.

Почему бы вам не поставить эпидуралку?

Почему взгляды Келли не удивили меня? Потому что у нее вообще не было идеи, что есть хоть какие-то причины рожать без эпидуральной анестезии. И отвечая на ее вопрос, я объяснила, почему можно попытаться избежать эпидуральной анестезии. Я рассказала, что эпидуральная анестезия в целом замедляет роды, а чтобы их потом ускорить, используется синтетический окситоцин. Рассказала, как синтетический окситоцин повышает для женщины риск послеродового кровотечения, что синтетический окситоцин (в отличие от волшебного «родного» окситоцина, о котором я говорила выше) не является многофункциональным, как вместо этого он делает окситоциновые рецепторы женщины менее чувствительными и, таким образом, препятствует становлению привязанности и грудного вскармливания¹¹. Я объяснила, что эпидуральная анестезия часто ведет к оперативным родам (с применением щипцов или вакуум-экстрактора) или к кесареву сечению¹².

¹¹ Uvnas Moberg, K. (2014) Oxytocin: The biological guide to motherhood. Praeclarus Press.

¹² Simkin, P., Ancheta, R. (2011) The Labor Progress Handbook. Wiley-Blackwell.

Серию вмешательств, проистекающую из начальной постановки эпидуральной анестезии, я называю *эпидуральным каскадом*. Этот каскад сегодня получил пугающее распространение, но мало кто, готовясь к родам, узнает об этом.

И для Келли это тоже стало новостью. Она не была беременна, так что, думаю, у нее не было никаких причин знать о минусах эпидуральной анестезии или о плюсах родов без нее. Но даже если бы Келли была беременна, подозреваю, эти сведения тоже стали бы для нее новостью. Как ее подруги, как большинство современных рожениц, беременная Келли ничего бы не узнала об этом от медиков. Вместо этого она услышала бы в той или иной форме: «В наше-то время почему не обезболиться?»

Предполагаю, что вы купили эту книгу, потому что вам любопытно, есть ли такая возможность – роды, свободные от вмешательств, такие роды, которые я много раз имела счастье сопровождать? Вы можете верить (как Келли), что роды без эпидуральной анестезии невозможны, можете быть настроены рожать без нее или как минимум подождать и посмотреть, как пойдут роды. Но сегодня, какими бы ни были наши взгляды и убеждения, мы все живем в мире Келли.

Много лет я сопровождаю роды и вижу, как за это время поменялась наша система родовспоможения и как эти изменения отражаются на женщинах. Слова Келли вновь напомнили мне, в какой опасности сейчас находятся роды без вмешательств, о которых мечтают многие женщины, и почему так происходит. Убеждения Келли неверны, но есть опасность, что они стали самореализующимся пророчеством. Наблюдая перемены в нашей системе родовспоможения, легко понять, почему роды без эпидуральной анестезии кажутся Келли и ее подругам, женщинам слегка за двадцать, то есть следующему поколению рожениц, невозможными.

В этой книге я объясню, почему это распространенное убеждение о родах осложняет жизнь тем, кто хочет родить без вмешательств. Ниже я приведу статистические данные, которые отражают неоправданно высокий уровень вмешательств в роды. Я покажу, что наша система родовспоможения чаще следует старым рутинам, чем современным лучшим практикам. Мы будем исследовать пути, которыми наша культура родов подрывает силу женщин: негативными последствиями родов, тяжелым опытом, омраченным послеродовым периодом. Что еще важнее, я покажу вам, что мы в этих случаях можем сделать. Потому что по моему опыту подготовка во время беременности дает женщине самый высокий шанс на те роды, которые она хочет.

Я знаю, что роды без вмешательств возможны не для всех женщин. И я понимаю, что необходимые вмешательства – это ценный дар. Есть женщины, которые хотели родить без вмешательств, но это по каким-то причинам оказалось невозможно. Для них слушать про роды без вмешательств – достаточный стресс. Но то, чем я хочу поделиться здесь, слишком важно, чтобы я промолчала. Тех, кто приходит ко мне на подготовку к родам, я предупреждаю, что услышанное здесь может вызвать у них сопротивление. Но к концу лекции каждый раз женщины, которые не думали, как наша система родовспоможения может повлиять на их роды, меняют свои планы, опираясь на полученные знания. Информация, которая вызывает сопротивление, также может дать начало изменениям.

И да, во время моего следующего визита в парикмахерскую через 6 недель Келли взволнованно сказала мне, что она поделилась полученной от меня информацией про эпидуральный каскад с подругами. Те, в свою очередь, слышали много историй о вмешательствах от своих уже родивших подруг, но им не приходило в голову, что эти вмешательства могли понадобиться *из-за* рутинного применения эпидуральной анестезии. Напротив, они считали, что все это происходило, потому что «роды – это очень опасно».

Кто знает, возможно, если однажды Келли соберется рожать, она решит рожать без эпидуральной анестезии. Возможно, она сделает все, что в ее силах, чтобы родить при участии

гормонов родов и привязанности. Тогда ей, как и всем остальным, желающим избежать вмешательств, пригодится эта информация. Надеюсь, пригодится она и вам.

Да, роды могут быть опасными, но так бывает очень редко. Наша система делает роды гораздо более опасными, чем они есть, потому что мы вмешиваемся в них, хотя не должны. Понимание этого – первый шаг, чтобы избежать вмешательств. Поэтому давайте посмотрим статистику.

«Нормальные» роды – вовсе не норма

Если вы интересуетесь родами без лишних вмешательств, как вы их назовете? Когда мы говорим о спонтанно начавшихся родах, а не индуцированных синтетическим окситоцином, о родах, которые развиваются под действием наших гормонов и завершаются за счет усилий матери и ребенка, тогда мы говорим о *нормальных родах*, так их всегда называли доктора и акушерки.

Однако, как показал мой разговор с Келли, если мы говорим о современной социальной норме, такие роды далеки от нее. *Нормальные роды* стали такими редкими, что в своих презентациях я говорю о них, как об исчезающем явлении.

Чтобы обозначить разницу между этим исчезающим видом родов и родами – социальной нормой, я называю их *нормальными физиологическими родами*. Иногда их также называют «естественными родами», «физиологическими родами», «самостоятельными родами», «непотревоженными родами» или даже «физиологическими вагинальными родами без рутинных вмешательств» (ничего себе!). Как бы мы их ни назвали, они теперь рассматриваются акушерками как «исчезающий вид», утверждают исследователи¹³. «Медицинские вмешательства повсеместно распространены, а физиологические роды перестали быть нормой», – говорит член Академии акушерства Рэйчел Рид¹⁴.

Вот история от Эллен, слушательницы одного из моих семинаров. История эта показывает, как редко встречаются нормальные физиологические роды. Беременность Эллен наблюдала студентка третьего курса акушерской школы. «Она сказала, что это было прекрасно – видеть „роды как в учебнике“, потому что многое из того, что они изучают в школе, им просто не удастся увидеть из-за высокого уровня вмешательств, – рассказала Эллен. – Эта студентка до того ни разу не видела нормальных физиологических родов и была просто счастлива».

Студентка акушерской школы Софи также описывает ситуацию: «Я была обескуражена; меня тревожило, какой именно опыт я получаю. Я уже окончила второй курс и во время учебы увидела пятьдесят два кесаревых сечения (в некоторых я принимала участие), шестнадцать инструментальных родов и (увы) всего одиннадцать нормальных родов... и моя история не уникальна, многие студентки испытывают хроническую нехватку наблюдений за здоровой беременностью и нормальными родами. В ообществе-то, то, что в профессиональной среде называется „нормальным“, мне представляется какой-то фантазией, а не реальными фактами, не тем, чему нас учат»¹⁵.

Последние статистические данные от Австралийского Института здоровья¹⁶, без сомнения, демонстрируют, как редки в Австралии нормальные физиологические роды. Данных именно по физиологическим родам в материалах нет, но мы сможем вывести их из других

¹³ Newnham, E., McKellar, L., Pincombe, J. (2018) Towards the Humanisation of Birth: A study of epidural analgesia and hospital birth culture. Springer International Publishing, (p. 133).

¹⁴ Reed, R. (2018) Why Induction Matters. Pinter & Martin.

¹⁵ Downe, S. Byrom, S. (2019) Squaring the Circle: Normal birth research, theory and practice in a technological age. Pinter & Martin, (p. 332).

¹⁶ Australia's mothers and babies 2017 – in brief. Australian Institute of Health and Welfare Perinatal statistics series № Cat no. PER Canberra: AIHW.

данных¹⁷. Экстраполяция этих данных показывает, что на долю нормальных физиологических родов с участием всего спектра необходимых гормонов родов и привязанности приходится от 1 до 5 % от общего числа родов. Подавляющее же большинство родов проходит с какими-либо вмешательствами.

Последние австралийские данные сообщают, что родовозбуждение составляет 33 %, стимуляция – 14 %, наложение щипцов – 8 %, вакуум-экстракция – 11 %, эпизиотомия – 23 %, активное ведение третьего периода родов с помощью синтетического окситоцина – 95–99 %, роды кесаревым сечением – 35 % (из них 22 % плановые операции и 13 % – экстренные). 78 % женщин используют обезболивание (а у первородящих эта группа составляет целых 87 %) ¹⁸.

И Австралия здесь не одинока. «Нормальные роды в большинстве развитых стран давно занесены в Красную книгу», – говорит профессор акушерства Ханна Дален¹⁹. Милли Хилл, основательница движения «О родах – позитивно», пишет: «Мы не должны забывать, что в современной культуре нормальные физиологические роды увидеть все труднее, они встречаются все реже и находятся под угрозой полного исчезновения»²⁰.

Нужны ли женщинам эти вмешательства?

Вы можете спросить, действительно ли все эти вмешательства делаются по строгим медицинским показаниям. Простой ответ – нет. По крайней мере, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) точно так не считает. ВОЗ считает, что ни одна страна не должна иметь уровень кесаревых сечений выше 10–15 %, но в Австралии он составляет 35 %²¹. (Кстати, ВОЗ обнаружила, что уровень кесаревых сечений выше 10 % никак не связан со снижением материнской смертности и смертности новорожденных²².)

Как я уже сказала, таким высоким уровнем может похвастаться не только Австралия. Во всем мире наблюдается тревожащий рост уровня кесаревых сечений с соответствующими последствиями для здоровья населения (не говоря уже о бюджете здравоохранения). Рост этот принял такие масштабы, что в 2014 году Американский Колледж акушеров и гинекологов вместе с Обществом медицины матери и плода выпустили совместное постановление по «Безопасной профилактике первого кесарева сечения», а в 2019 году оно появилось в новой редакции²³. В 2018-м ВОЗ выпустила новые рекомендации по «немедицинским вмешательствам, направленным на снижение уровня ненужных кесаревых сечений»²⁴. В этом же году уважаемый медицинский журнал «Ланцет» напечатал серию статей под названием «Удержать рост глобальной эпидемии кесаревых сечений», которая привлекла внимание к беспрецедентному и неоправданному росту уровня кесаревых сечений в мировом масштабе²⁵.

Конечно, нам повезло жить в стране, где медицинские вмешательства по жизненным показаниям доступны каждому, кто в них нуждается. Но уровень таких вмешательств в Австра-

¹⁷ Dempsey, R. (2013) *Birth with Confidence: Sarny choices for normal birth*. Boathouse Press, (p. 41).

¹⁸ Australia's Mothers and Babies 2017 in brief. Australian Institute of Health and Welfare Perinatal statistics series № 35. Canberra: AIHW.

¹⁹ Dahlen, H. (2010) 'Undone by fear? Deluded by trust?' *Midwifery* № 26. Elsevier, (p. 156–162).

²⁰ Hill, M. (2019) *Give Birth Like a Feminist*. HQ, an imprint of HarperCollinsPublishers Ltd.

²¹ 'Statement on Caesarean Section Rates.' (2015) World Health Organisation.

²² Betran, AR, Torloni, MR., Zhang, Jet al. (2015). 'What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive Health*. BioMedical Central.

²³ ACOG: American College of Obstetricians and Gynaecologists (2014) *Safe Prevention of the Primary Caesarean Obstetric Care Consensus* № 1, acog.org.

²⁴ WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary' caesarean sections. Geneva: World Health Organisation; Licence:.. CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

²⁵ 'Stemming the global caesarean epidemic.' (2018) *Lancet*. Vol. Issue 101055.

лии в разы превышает необходимый. За этими цифрами стоит что-то еще, кроме жизненных показаний.

Хотят ли женщины этих вмешательств?

Итак, допустим, есть какой-то процент женщин, нуждающихся во вмешательствах по жизненным показаниям (ВОЗ предполагает, что это число составляет примерно 20 %²⁶), и им эти вмешательства доступны. А как насчет остальных женщин, которые получают медицински необоснованные вмешательства? Может быть, они сами этого хотят?

Безусловно, есть женщины, которые хотят «родить побыстрее и чтобы ничего не чувствовать»²⁷, и такие женщины выбирают обезболивание, а некоторые – индукцию родов, назначенную на определенную дату, или кесарево сечение. Таких женщин поддержат, и они, конечно, получают обезболивание или другое выбранное ими вмешательство.

Но идея, что бо льшая часть населения желает и требует этих вмешательств (а вы слышали мнение, что выражение «не царское это дело – тужиться» имеет скрытый подтекст «женщины не хотят рожать, а хотят вмешательств»?), не подтверждается исследованиями. Серия статей в журнале «Ланцет» утверждает, что запрос самих женщин в увеличении уровня кесарева сечения значительной роли не играет²⁸.

Международный обзор исследований предпочтения женщин в родах выявил, что большинство женщин хочет получить естественные физиологические роды²⁹. А вот горячая новость: австралийское исследование подтверждает данные международного обзора: «Изучение предпочтений женщин в родах неоднократно демонстрирует высокую ценность естественных родов», гласят результаты исследования 2019 года³⁰.

Вы спросите, как сочетается желание естественных родов и распространенный взгляд поколения Келли, что родить без эпидуральной анестезии невозможно? Это же исследование отвечает: «Женщины много раз повторяли, что хотели родить естественно, но в госпитале им это не удалось»³¹.

Данные на рожениц собирались все прошлое десятилетие, и они недвусмысленно говорят Келли и ее ровесницам: даже если ты хочешь избежать вмешательств, у тебя ничего не выйдет. И этот тренд – «невозможность избежать вмешательств в госпитале» – подтверждается американским исследованием (а в США система родовспоможения схожа с австралийской). Это исследование обнаружило, что *все* женщины, планировавшие роды без вмешательств в госпитале, получали тем не менее эпидуральную анестезию³². (Похожие результаты демонстрирует нам и исследование, проведенное в Дании³³.)

Это же подтверждают мои беседы с женщинами после госпитальных родов. Раз за разом на послеродовых сессиях я слышу от женщин, что они вовсе не хотели вмешательств. Многие мамы, приходящие ко мне на послеродовые сессии, имели неосложненные беременности низкого риска. Эти женщины в лучшем случае недоумевают, почему их роды окончились вмешательствами, которых они не хотели; в худшем случае они были травмированы. Они чувствуют,

²⁶ 'Caesarean sections should only be performed when medically necessary.' (2015) World Health Organisation.

²⁷ Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., Gulmezoglu, M. (2018) What Matters to women during childbirth: A systematic qualitative review.' PLOS ONE. Public Library of Science.

²⁸ 'Stemming the global caesarean epidemic.' (2018) Lancet. Vol. 392. Issue 101055.

²⁹ Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., Gulmezoglu, M. (2018) What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review.' PLOS ONE. Public Library of Science.

³⁰ Cole, L., Le Couteur, A., Feo, R., Dahlen, H. (2019) 'Trying to give birth naturally was out of the question: Accounting for intervention in childbirth.' Women and Birth. Elsevier. (32e95-e101).

³¹ Cole, L., Le Couteur, A., Feo, R., Dahlen, H. (2019) 'Trying to give birth naturally was out of the question: Accounting for intervention in childbirth.' Women and Birth. Elsevier. (32e95-e101).

³² Gibson, E. (2014) Women's expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States.' Women and Birth. Vol. 27, 3. Elsevier, (pp. 185–189).

³³ Mander, R. (2011) Pain in Childbearing and its Control: Key issues for midwives and women. Wiley-Blackwell.

что вроде бы сделали все правильно: следовали предложенным им рекомендациям «экспертов», составили план родов и решили, что все учтено, – только чтобы обнаружить, что роды прошли совсем не так, как они надеялись. Почему?

Нормальные роды – не просто «везение»

Чтобы нам всем лучше понимать предмет нашего обсуждения – почему женщины, которые не хотят вмешательств, тем не менее получают их, – я попрошу вас вспомнить какую-нибудь историю родов, которую вы недавно слышали.

Не приходят ли вам на ум истории «слава богу» («слава богу, мы были в роддоме», «слава богу, они спасли малыша», «слава богу, там был мой доктор», «слава богу за...»). А теперь я попрошу вас подумать про высокий уровень вмешательств в Австралии по сравнению с уровнем вмешательств, рекомендованным ВОЗ.

Если мы вспомним эту статистику, мы придем к неудобному для нас выводу, что эти истории родов, где мать «нуждалась» во вмешательствах (и, «слава богу», получила их), могут быть совсем не тем, чем кажутся.

Это первый и очень важный шаг, чтобы защитить себя от ненужных вмешательств: изучить истории родов, которые вы слышите. Спросите себя: как обычно влияют на нас истории «слава богу», которые мы слышим раз за разом? Часто мы не осознаем, что совсем не все эти вмешательства были так уж необходимы. (И что многие вмешательства стали нужны как раз после постановки эпидуральной анестезии.) Я скажу вам, что такие истории делают с женщинами (и с их партнерами), потому что я вижу результаты каждый день! Эти рассказы заставляют думать, что роды могут быть очень опасными, *очень*. И очень непредсказуемыми.

Таким образом, следствием высокого уровня вмешательств стали и нездоровый страх родов, и убеждение, что родившим без вмешательств просто «повезло». Оба фактора, как это ни парадоксально, поднимают уровень вмешательств еще выше. Потому что нездоровые страхи заставляют нас слепо верить в могущество госпиталя и необходимость медицинских вмешательств. Чем больше мы боимся, тем более слепо доверяем, и затем боимся еще сильнее... В ваших силах разорвать этот заколдованный круг: перестать принимать на веру такие истории.

Контекст для историй «везения»

Когда женщина, родившая без вмешательств, говорит, что ей «повезло», я никогда не оставляю ее историю без вопросов. Не должны и вы. Обычно, когда я выясняю, где и с кем выбрала рожать эта женщина, узнаю немного больше о ее физической и психологической подготовке и ее восприятии родов в целом, я всегда вижу намного больше, чем просто «везение».

На самом деле, единственное «везение», которое и вправду присутствует в историях родов, это состояние здоровья женщины, то есть нет ли у нее каких-либо заболеваний, обострившихся в беременность, осложненной беременности (например, двойни), генетических нарушений. И я уже слышу, как вы говорите: «Ну да, таким женщинам из группы низкого риска и вправду *везет*». Но вот что говорит нам ВОЗ: неосложненные беременности составляют 80 % от всех беременностей³⁴. Таким образом, хотя технически можно называть неосложненную беременность «везением» (потому что да, кому-то может и не повезти), я считаю, что этот акцент на везении приводит к недопониманию. Что мы рассматриваем как «везение»? Повезло, что мы оказались в 80 % женщин? Или «повезло», потому что могло быть хуже? Похоже, это называется не везением, а как-то еще.

³⁴ 'Care in Normal Birth: A practical guide'. (1996) World Health Organisation.

Здесь мы снова подходим к контексту. Женщины, которые родили без вмешательств, часто сами говорят, что им «повезло», скромно умалчивая об информации, которую они собирали, о приложенных усилиях, о принятых решениях. Либо об их везении говорят окружающие. Но контекст их истории родов (место родов, команда на роды, подготовка к родам) говорит нам о другом.

Активистка и фотограф Анжела Галло пишет в своем блоге: «Позвольте мне кое-что сказать вам: везение не имеет ничего общего с позитивными родами. В контексте родов слово „везение“ умаляет силу женщины и ее близких»³⁵. Милли Хилл дополняет: «Роды – это не счастливый жребий. Просто женские тела „хорошо работают“ благодаря выбору, который сделали эти женщины»³⁶.

Когда я начинаю спрашивать женщин, родивших без вмешательств, то внезапно выясняется, что выборы, которые они делали в беременность, противоречили практикам культуры родов, а часто также и позиции окружающих.

Доула Ингрид объясняет: «Люди говорят: „Ну, ты просто везучая“, не понимая, что это никакое не везение». В контексте таких историй «везения» мы почти всегда видим женщину, которая сопротивляется существующему положению дел в австралийской системе родовспоможения. Давайте повнимательнее посмотрим на эту систему и подумаем, почему и вы можете захотеть ей сопротивляться.

Status quo

Женщина, рожаящая в типичном современном роддоме, с высокой долей вероятности будет рожать в пространстве, неблагоприятном для нормальных родов по многим параметрам: сама обстановка, модель ухода за роженицей, рутинные процедуры и вмешательства, которые обычно предлагаются.

Вот что выяснила Ребекка Деккер, профессор школы медсестер и исследовательница (а с рождения своего первого ребенка и основательница блога Evidence Based Birth): «Когда я стала искать доказательства, я была в шоке. Практически все процедуры, которые мне предлагались, исследования высокого качества признавали вредными для рожениц. Одновременно я выяснила, что предложенный мне протокол ведения родов стал „рутинным“ в США и принят также во многих странах»³⁷ (включая Австралию).

Давайте посмотрим, каковы же различия между наилучшими практиками и тем, что предлагает нам существующая система родовспоможения.

Место: палата наблюдения вместо священного пространства

Исследования говорят нам, какая среда поддерживает нормальное течение родов. К сожалению, австралийская система родовспоможения не предлагает ничего похожего.

Мы знаем, что помещение для родов с домашней обстановкой, священное пространство родов³⁸, где свет приглушен, где тепло, где есть личное пространство и никто не беспокоит, наилучшим образом поддерживает физиологическую составляющую родов³⁹. В идеале дизайн такого помещения должен строиться вокруг потребностей рожаящей женщины, которая проживает свои роды активно. Там будут переносные светильники, мягкая мебель, маты, подушки,

³⁵ Gallo, A. (2018) 'Leaving Luck Out of Birth – How many of us are undermining the hard work of a cultivated positive birth experience.' Blog.

³⁶ Hill, M. (2019) *Give Birth Like a Feminist*. HQ, an imprint of HarperCollinsPublishers Ltd.

³⁷ Dekker, R. (2018) Evidence Based Birth evidencebasedbirth.com.

³⁸ Fahy, K., Foureur, M., Hastie, C. (2008) *Birth Territory and Midwifery Guardianship*. Butterworth Heinemann Elsevier.

³⁹ Fahy, K., Foureur, M., Hastie, C. (2008) *Birth Territory and Midwifery Guardianship*. Butterworth Heinemann Elsevier.

фитболы, скамейки, пуфики, ванна, в идеале выход на улицу, на природу; иными словами, это место, где вы можете двигаться, танцевать, наклоняться, топтать ногами, ходить взад-вперед, раскачиваться, работать со своим рожаящим телом.

Священное пространство никак не похоже на стандартный родильный бокс в госпитале. Напротив, такой бокс сконструирован для ситуаций высокого риска. Эти комнаты называются «палатами наблюдения»⁴⁰, но больше они похожи на палаты интенсивной терапии – мониторы, капельницы и другие аппараты для обеспечения медицинской безопасности. Конечно, так и должно быть, если мы говорим о патологии. Но нам-то нужно то, что может облегчить процесс естественных родов, естественный физиологический процесс. Потому что в родах медицинское наблюдение дает неожиданные последствия: лишает женщину того, что действительно нужно для нормальных физиологических родов – чувства безопасности и личного пространства.

Уход: неизвестные специалисты вместо знакомых акушерок

Та же история с поддержкой медперсонала. Наша система родовспоможения не предлагает того, что исследования называют лучшими практиками. Австралийское исследование⁴¹, а также «Ланцет»⁴² и Кокрановская база данных⁴³ сообщают нам, что лучшая модель акушерского ухода, дающая более высокий уровень физиологических родов и лучшие исходы родов (а также снижение стоимости медицинского обслуживания), – это *непрерывный акушерский уход*⁴⁴.

То есть в идеальной модели ухода за роженицей женщина должна получать индивидуальную, непрерывную (без отлучек и смены персонала) поддержку акушерки, с которой она уже построила доверительные отношения во время беременности. Ханна Дален объясняет, что такая модель снижает количество вмешательств, смертность новорожденных и стоимость медицинских услуг⁴⁵. «Женщины, использующие модель непрерывного акушерского ухода, реже сталкиваются с такими вмешательствами, как регионарная (эпидуральная) анестезия, кесарево сечение и оперативные роды (наложение щипцов, вакуум-экстракция), и в целом они более удовлетворены родами», пишут Ханна Дален и ее соавторы⁴⁶.

Тем не менее в Австралии шанс получить такой уход (а он считается золотым стандартом!) составляет меньше одного к десяти⁴⁷. По умолчанию большинство женщин в родах столкнутся с незнакомцами. То, что вы получите в рамках существующей системы родовспоможения, называется *фрагментарным уходом*: незнакомые специалисты, которые приходят и уходят, потому что их смена окончена или потому что в соседнем боксе кто-то рождает. И это очень далеко от той модели, которая нужна в идеале.

⁴⁰ Fahy, K. Foureur, M. Hastie. C. (2008) Birth territory and Midwifery Cuo'itiawhip. Butterworth Heinemann Elsevier.

⁴¹ McLachlan, Forster, D., Davey, T. Biro, Albers, L., Flood, M. Oats, Waldenstrom, U. (2012) Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial.' Blackwell Publishing.

⁴² Tracy, S., Hart, D., Tracy, M., Allen, J., Forti, A., Hall, B., et al. (2013) Caseload Midwifery care versus standard maternity care women of any risk: M@NGO a randomised controlled trial.

⁴³ Bohran, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R., Cuthbert, A. (2017) Continuous support for women during childbirth.' Cochrane Systematic Review. The Cochrane Database.

⁴⁴ Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2016) 'Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women.' Cochrane Systematic Review. The Cochrane Database.

⁴⁵ Butterworth, K., Margolis, Z. (2019) 'Maternity's «gold standard» of care now available in rural Queensland town. ABC news. ABC online.

⁴⁶ Simpson, M., Schmied, V., Dickson, C., Dahlen, H. (2018). 'Postnatal post-traumatic stress: An integrative review.' Wom and Birth. Vol. 31, 5. Elsevier, (pp. 367–379).

⁴⁷ Butterworth, K., Margolis, Z. (2019) 'Maternity's «gold standard» of care now available in rural Queensland town. ABC news. ABC online.

Процедуры: рутинные вместо основанных на доказательной медицине

И наконец, в госпитале рожающая женщина наверняка станет объектом рутинных процедур и вмешательств, о которых исследования говорят, что они никак не улучшают исход родов ни для нее, ни для ребенка. Зато эти рутинные процедуры известны тем, что вызывают каскад вмешательств – именно то, чего мы не хотим.

Временные рамки

Временные рамки – это один из примеров рутины, не опирающейся на доказательную базу. Может быть, вы слышали термин «слабость родовой деятельности»? В действительности, эта «слабость» чаще всего диагностируется после попытки втиснуть роды во временные рамки. В каждом госпитале есть разрешенные временные промежутки для различных этапов родов. Эти протоколы базируются на партограмме (отражающей прогресс родов), которая в свою очередь базируется на графике под названием «кривая Фридмана». Кривая Фридмана предполагает, что скорость, с которой раскрывается шейка матки, – величина для каждой женщины постоянная. То есть это какой-то «безразмерный» универсальный график. Недавние исследования ВОЗ опровергли все базовые постулаты, на которых была основана кривая Фридмана. Напротив, исследования обнаружили, что прогресс самопроизвольно начавшихся родов может сильно отличаться от скорости «один сантиметр в час», а именно на этом допущении Фридман построил свою кривую⁴⁸.

Теперь представьте себе женщину, которая рожает в госпитале, где протоколы базируются на временных рамках, давно уже признанных недостоверными. И представьте, что ее роды длятся дольше, чем разрешает протокол. Тогда ей сразу припишут слабость родовой деятельности, и медики, вне всякого сомнения, порекомендуют ей вмешательства. Сколько женщин, сколько партнеров усомнятся в такой рекомендации? Сколько из них будут знать, что этот протокол базируется на уже опровергнутых данных?

Вопрос временных рамок освещается также в недавних рекомендациях Американского Колледжа акушеров и гинекологов по определению установившихся родов⁴⁹. *Установившиеся* или *активные* роды – это состояние, когда ситуация «схватки то есть, то нет» меняется на «это оно». Американский Колледж акушеров и гинекологов считает, что женщина находится в *установившихся* или *активных* родах с раскрытия шесть сантиметров, а не четыре сантиметра, как считалось раньше. А теперь представьте, насколько по-разному будут протекать роды в госпитале, который принял новые рекомендации, и в госпитале, который придерживается старых норм («активные роды – с открытия четыре сантиметра»). Если наша роженица попала в более старорежимный роддом на открытии четыре сантиметра (с окончанием стадии «схватки то есть, то нет»), ее тем не менее «поставят на счетчик», ведь она уже в начале активных родов. Через какое-то время у нее отметят «слабость родовой деятельности» и порекомендуют вмешательства. Почему бы женщине не довериться медперсоналу и не согласиться на вмешательства? Ведь она не знает, какие практики считаются лучшими! Эту же самую женщину никто не «поставит на счетчик» до раскрытия шесть сантиметров, если она попала в госпиталь, работающий по новым протоколам. В этом случае вероятность вмешательств будет гораздо ниже. (Не будем здесь обсуждать, насколько вообще сочетаются жесткие временные протоколы и лучшие практики).

⁴⁸ Oladapo, O. T., Souza, J. P., Bohren, M. A., Tunfalp, O., Vogel, J. P., Fawole, B., Mugerwa, K., Giilmezoglu, A. M. (2015) 'WHO Better Outcomes in Labour Diffi culty (BOLD) project: Innovating to improve quality of care around the time of childbirth.' Reproductive Health. BioMedical Central.

⁴⁹ ACOG: American College of Obstetricians and Gynaecologists (2019) Approaches to Limit Intervention During Labour and Birth, acog.org.

Слишком много, слишком быстро

В этом же 2019 году Американский Колледж акушеров и гинекологов рекомендовал ограничить рутинные вмешательства в роды, потому что это небезопасно для женщин и детей. Среди этих рутинных процедур – непрерывная кардиотокография (КТГ) (вместо этого рекомендуется периодически прослушивать сердцебиение плода с помощью аппарата мини-доплер), ограничение подвижности (например, требование медперсонала, чтобы женщина все время находилась в кровати) и применение эпидуральной анестезии. Все эти манипуляции известны тем, что с них начинается каскад вмешательств⁵⁰.

Стоит отметить, что исследователи из проекта OptiBIRTH (цель которого – повысить уровень вагинальных родов после кесарева сечения) также рекомендуют избегать подобных вмешательств⁵¹. Британские же исследования не рекомендуют рутинный скрининг беременных на стрептококк группы В⁵².

В 2016-м журнал «Ланцет» опубликовал серию статей «Материнское здоровье», где ввел определение «слишком много, слишком быстро» для описания рутинного ведения нормальных родов после неосложненной беременности с использованием большого количества медикаментов⁵³. Журнал поясняет, что этот подход включал необоснованные и не базирующиеся на доказательной медицине вмешательства наряду с вмешательствами, которые могут быть необходимы по жизненным показаниям, но наносят вред, если применяются рутинно или используются чрезмерно. Исследователи обнаружили, что медицинская помощь должна быть предложена в нужном объеме и в нужный момент с соблюдением базовых прав человека⁵⁴.

Также нужно отметить, что сейчас ведется работа в двух направлениях: снижение уровня кесаревых сечений⁵⁵ и повышение уровня естественных родов после кесарева сечения (ЕРПКС). Это важнейшая работа, так как кесарево сечение связано с повышенным риском разрыва матки, аномальным прикреплением плаценты, а также с внематочной беременностью, рождением мертвых детей и преждевременными родами, как следует из результатов исследования, опубликованного в «Ланцете». Журнал подчеркнул, что дети, рожденные кесаревым сечением, по-другому реагируют на приход в этот мир – и гормонально, и физически, и «микробиологически», и с точки зрения необходимости медицинской поддержки; все это, считают ученые, может несколько изменить физиологию новорожденного⁵⁶.

Вот что говорят исследования. Тем не менее существующие практики родовспоможения увеличивают вероятность кесарева сечения (напоминаю, уровень кесаревых сечений в Австралии сегодня составляет 35 % от общего числа родов). Врач-акушер Нил Шах говорит о кесаревых сечениях в США (где их уровень составляет 32 %⁵⁷): «Если сегодня вам восемнадцать,

⁵⁰ ACOG: American College of Obstetricians and Gynaecologists (2019) Approaches to Limit Intervention During Labour and Birth, acog.org.

⁵¹ Begley, C. (2012) The OptiBirth project. Optibirth. edu.

⁵² NICE Antenatal care for uncomplicated pregnancies Clinical guideline, (2019) National Institute for Health and Care Excellence.

⁵³ Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciappani, A., Colaci, D., Comande, D., et al. (2016) 'Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based respectful maternity care worldwide' (2019) Lancet.

⁵⁴ Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciappani, A., Colaci, D., Comande D et al, (2016) 'Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based respectful maternity care worldwide.' (2019) Lancet.

⁵⁵ Spong, Berghella, V., Wenstrom, K., Mercer, B., Saade, G. (2012) Preventing the hist cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and ACOG workshop. 'Journal of Obstetrics & Gynecology. Vol. 120, 5.

⁵⁶ Sandall, J., Tribe, R., Avery, L., Mola, G., Visser, G., Homer, C. et al (2018) Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children.' Lancet. Vol. 392. Issue 10155.

⁵⁷ National Vital Statistics Reports. Vol. 67, № Births: Final Data for Martin, J. A., Hamilton, B. E., Osterman, M. J. K., Driscoll, A. K., Drake, P. Division of Vital Statistics.

ваши шансы родить через кесарево сечение составляют от пятидесяти до ста процентов. И это никак не связано с вашим возрастом или состоянием здоровья, зато еще как связано с системой, с тем, в каком направлении она меняется и как вообще она устроена»⁵⁸.

Поскольку эпидуральная анестезия повышает вероятность кесарева сечения, логично будет сейчас рассмотреть рутинное назначение эпидуральной анестезии. Помните результаты исследований, которые показывают: женщинам, рожающим в госпитале, практически невозможно избежать эпидуральной анестезии? Как соотносится использование эпидуральной анестезии с исследованиями, определяющие наилучшие практики?

Эпидуральный каскад

Выше уже упоминались побочные эффекты эпидуральной анестезии, о которых я рассказала Келли. Когда мы беседовали с Келли, я не предоставляла ей результаты исследований, но их достаточно – и достаточно побочных эффектов, о которых я еще не говорила.

Пенни Симкин и Рут Анчета в «Настольной книге прогресса в родах» публикуют длиннейший список медицинских эффектов, которые дает применение эпидуральной анестезии: «Роды с эпидуральной анестезией часто сопровождаются медленным прогрессом, материнской гипотонией, повышением температуры у матери, необходимостью использования синтетического окситоцина, оперативными родами, эпизиотомией, кесаревым сечением, профилактическими антибиотиками для новорожденного и другими нежелательными побочными эффектами»⁵⁹. (И если «антибиотик для малыша» звучит по-вашему довольно безобидно, заметьте, что это означает перевод ребенка в отделение реанимации новорожденных.)

Пенни Симкин и Рут Анчета добавляют также, что «обычное ведение нормально протекающих родов при наличии эпидуральной анестезии (необходимость оставаться в кровати, ограничение подвижности, большое количество внутривенных вливаний, положение на спине, затяжные управляемые потуги) может усилить нежелательные эффекты эпидуральной анестезии»⁶⁰. Использование эпидуральной анестезии повышает вероятность как управляемых потуг (в противовес спонтанным), так и оперативных родов, и в обоих случаях повышается вероятность разрывов третьей и четвертой степени⁶¹.

«Бесспорно, эпидуральная анестезия влияет на физиологию родов и повышает вероятность вмешательств», – пишут профессора акушерства Ники Лип и Денис Велш⁶². Другими словами, как я объясняла Келли, эпидуральная анестезия часто является первым шагом к истории «слава богу».

В США организация «Роды в Цифрах»⁶³ так скомпоновала статистические данные, что ясно видны все результаты исследований: первородящие женщины, самопроизвольно вступившие в роды и рожавшие *без* эпидуральной анестезии, имеют уровень кесаревых сечений 5 %. Если их роды были индуцированы или им поставили эпидуральную анестезию (одно из двух), уровень кесаревых сечений для них составляет 19–20 %. Если роды были индуцированы и в родах назначалась эпидуральная анестезия, уровень кесаревых сечений составляет 31 %.

Австралийское исследование 2007 года показало, что использование эпидуральной анестезии увеличивает вероятность кесарева сечения втрое, а исследование 2015 года обнаружило, что при наличии эпидуральной анестезии вероятность оперативных родов (то есть родов

⁵⁸ Shah, N. (2019) Institute for Healthcare Improvement. IHI. org.

⁵⁹ Simkin, P., Ancheta, R. (2011) The Labor Progress Handbook. Wiley-Blackwell.

⁶⁰ Simkin, P., Ancheta, R. (2011) The Labor Progress Handbook. Wiley-Blackwell.

⁶¹ Newnham, E., McKellar, L., Pincombe, J. (2018) the Humanisation of Birth: A study of epidural analgesia and hospital birth culture. Springer International Publishing.

⁶² Leap, N., Walsh, D. in Newnham, E., McKellar, L., Pincombe, J. (2018) Towards the Humanisation of Birth: A study of epidural analgesia and hospital birth culture. Springer International Publishing, (p. v).

⁶³ Deelereq et al. (2013) Birth by the numbers. Birthbythenumbers.org.

с наложением шипцов или вакуум-экстракцией) возрастает в семь раз, а также повышается вероятность попадания ребенка в детское отделение⁶⁴.

Послеродовые эффекты эпидуральной анестезии

Часть гормональных изменений в родах, о которых я говорила раньше, влияет и на течение послеродового периода. Помните чудесный эффект, который дает наш «родной» окситоцин во время нормальных родов? Челси Конабой, журналистка, занимающаяся вопросами здоровья⁶⁵, описывает это так: «Выброс окситоцина в родах запускает изменения, которые заставляют женщину буквально слиться со своим ребенком через биологическую координацию (синхронизированные волны мозговой активности и синхронизированное сердцебиение) и поведение (одинаковые взгляды, прикосновения, звуки)». По мнению врача, исследовательницы и автора Сары Бакли, эпидуральная анестезия «снижает уровень материнского окситоцина на схватках» и вызывает «нарушение материнской адаптации и формирования материнской привязанности», которое опосредованно может влиять и на новорожденного⁶⁶. Также при использовании эпидуральной анестезии у детей менее выражен поисковый рефлекс, и, соответственно, уровень грудного вскармливания тоже снижается⁶⁷.

С эпидуральной анестезией женщины остаются в ясном сознании, они могут разговаривать, смотреть фильмы, обновлять свой статус в соцсетях – но какой ценой! Это значит – выйти из гормонального «тумана» нормальных родов, а ведь он формирует привязанность мамы к ребенку. Доктор Оскар Сераллах считает, что этот «туман», часто называемый еще «детским мозгом», «под влиянием плацентарных гормонов перепрограммирует мозг матери так, чтобы у нее возникла прочная связь с ребенком»⁶⁸. Также это явление называется «первичной материнской вовлеченностью», впервые о нем стал говорить психолог Дональд Винникотт. Он описал это явление как особое психическое состояние матери, в котором у матери необычайно возрастает чувствительность к ребенку и к его потребностям⁶⁹. «Такое состояние возникает в конце беременности и длится в течение нескольких первых недель после родов», – пишут педиатры Маршалл Клаус и Джон Кеннел и их соавтор Филлис Клаус в «Книге доулы»⁷⁰. Да, так и было бы, если бы современными практиками родовспоможения мы постоянно не мешали этому процессу.

Таким образом, мы не только создаем все предпосылки для дисфункциональных родов, которые заканчиваются эпидуральным каскадом, но за рутинное использование эпидуральной анестезии мы платим лишением раннего контакта матери и ребенка. Эпидуральная анестезия, нарушая связь женщины с ее телом, также нарушает ее инстинктивную телесную связь с малышом. Учитывая, что раннее общение матери и ребенка практически целиком происходит на тактильном уровне, неудивительно, что столько молодых мам испытывают недоверие к любому проявлению материнских инстинктов.

⁶⁴ Newnham, E., McKellar, L., Pincombe. (2018) *Towards the Humanisation of Birth: A study of epidural analgesia and hospital birth culture*. Springer International Publishing.

⁶⁵ Conaboy, C. (2018) 'Motherhood brings the most dramatic brain changes of a woman's life: So why does prenatal care ignore the topic altogether?' *Globe Magazine*.

⁶⁶ Buckley, S. (2015) 'Hormonal Physiology of Childbearing.' *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care*. Washington, DC.: Childbirth Connection. Programs, National Partnership for Women Families, (p. 14).

⁶⁷ Newnham, E., McKellar, L., Pincombe, J. (2018) *Towards the Humanisation of Birth: A study of epidural analgesia and hospital birth culture*. Springer International Publishing.

⁶⁸ Serrallach, O. (2018) *The Postnatal Depletion Cure*. Hachette Australia.

⁶⁹ Klaus, M. Kennell, J., Klaus, P. (2002) *The Book*. Perseus Publishing.

⁷⁰ Klaus, M., Kennell, J., Klaus, P. (2002) *Doula Book*. Perseus Publishing.

И действительно, вот другой аспект этой гормональной истории: также «с использованием эпидуральной анестезии мы видим увеличение депрессивных симптомов»⁷¹. Эпидуральный каскад означает, что в большинстве родов с эпидуральной анестезией задействован также и синтетический окситоцин; исследования связывают с этим фактом «увеличение риска депрессивных или тревожных расстройств в первый год после рождения ребенка», считает Рэйчел Рид⁷². Согласно американскому исследованию влияния синтетического окситоцина, женщины, у которых до беременности отмечались эпизоды депрессии и тревожности, имели 36-процентный риск развития послеродовой депрессии, матери без такого анамнеза имели риск 32 %⁷³.

Женщинам почти ничего об этом не рассказывают. Им не рассказывают и о том, как это может повлиять на ребенка. Организация Beyond Blue информирует, что послеродовая депрессия и тревожные расстройства матери, как выяснилось, «связаны с нарушениями когнитивного, эмоционального, социального и бихевиорального развития детей»⁷⁴. И хотя сегодня мы не знаем, как повлияет в будущем на ребенка сниженный уровень природного окситоцина в родах, но уже известно, пишет Рэйчел Рид, что «влияние материнского окситоцина на мозг ребенка в родах предположительно ведет к эпигенетическим изменениям в его организме; эти изменения отвечают за его собственную будущую окситоциновую систему»⁷⁵. Исследователи, занимающиеся эпигенетическими эффектами, серьезно озабочены клиническими, экономическими и психосоциальными последствиями этих изменений⁷⁶.

Отсюда ясно, почему ведется такая большая работа по восстановлению гормональных механизмов привязанности, которые разрушаются с применением вмешательств. Эта работа «затыкает дыры», как выражается Сара Бакли, и может стимулировать формирование связи матери и ребенка, той связи, которая была нарушена из-за вмешательств. Например, женщина может запланировать контакт кожа-к-коже и первое прикладывание к груди во время «золотого часа», как и рекомендует ВОЗ в документе «Инициатива „Первого Объятия“». «Это простое проявление любви дает ребенку жизненное тепло, плацентарную кровь и материнские бактерии. Это также... улучшает состояние всех новорожденных, включая недоношенных, детей с различными заболеваниями или родившихся путем кесарева сечения»⁷⁷.

Если по каким-то причинам заткнуть эти дыры невозможно, мы должны вспомнить достижения науки о мозге, сведения о его пластичности – это даст нам надежду, что в любом возрасте у человека есть потенциал для роста и исцеления. Так что, если какие-то послеродовые факторы из вышеописанных – часть вашей собственной истории, важно знать, что сейчас доступны эффективные ресурсы для психологической поддержки, формирования привязанности к вашему младенцу или ребенку и укрепления ваших материнских качеств.

Тем не менее в нашем обществе вмешательства в гормональные процессы родов не должны быть рутинными, как это происходит сегодня. Потому что исследования утверждают, что рутинное использование эпидуральной анестезии очень далеко от лучших практик. И это мягко говоря.

⁷¹ Newnham, E., McKellar, L., Pincombe, J. (2018) *The Humanisation of Birth: A study of epidural analgesia and hospital birth culture*. Springer International Publishing.

⁷² Reed, R. (2018) *Why Induction Matters*. Pinter & Martin, (p. 120).

⁷³ Kroll-Desrosiers, A., Nephew, B., Babb, J., Guilarte-Walker, Y. et al (2017) 'Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year.' *Depression and Anxiety*.

⁷⁴ Resources, Beyond Blue (2011). beyondblue.org.au.

⁷⁵ Reed, R. (2018) *Why Induction Matters*. Pinter & Martin.

⁷⁶ Dahlen, H., Downe, S., Wright, M., Kennedy, H., Taylor, J. (2016) 'Childbirth and consequent atopic disease: emerging evidence on epigenetic effects based on the hygiene and EPIIC hypothesis.' *BMC Pregnancy and Childbirth*. 16:4. BioMedical Central.

⁷⁷ WHO First Embrace Initiative: thefirstembrace.org.

Status quo: риск для нормальных родов

Я знаю, что информации о лучших практиках в сравнении с принятым сейчас ведением родов слишком много, и надеюсь, что эта последняя порция информации расставит все точки над *i*. В Великобритании, где система родовспоможения напоминает австралийскую, озабоченность эффектами стандартных «госпитальных» родов настолько сильна, что последние рекомендации Британского Национального Института Здоровья советуют информировать женщин о повышенном риске необоснованных вмешательств в госпитальных родах по сравнению с родами в акушерском центре⁷⁸.

В то время как медицинское учреждение и раньше описывалось как «отчуждающее, деперсонализирующее и тем самым некомфортное для женщин, риски, которые оно несет для женщин, стали упоминаться только недавно»⁷⁹.

Австралийские данные явно указывают на повышенный риск вмешательств в госпитальных родах. Сколько времени должно пройти, прежде чем мы тоже начнем предупреждать женщин о рисках, которые несут для них стандартные госпитальные роды?

Переформатируем страх: доверие в континууме

Как пишет Ханна Дален, нам нужно спросить себя: «Считаем ли мы роды в большинстве своем опасными или это естественное, нормальное событие, где иногда возникают опасные ситуации, которые требуют нашего вмешательства?»⁸⁰

В самом деле, выработать в себе доверие к родам с *реалистичным* взглядом на вещи, несмотря на все истории «слава богу», – это первый и самый главный шаг в подготовке к нормальным физиологическим родам. Мы с вами будем много говорить о других видах психологической подготовки, которые помогут вам сделать правильный выбор. Но вопрос доверия – очень важный.

Когда я говорю о доверии и родах, мне нравится говорить об этом в континууме – о целом спектре подходов, который начинается с *утраченного доверия* на одном конце спектра (позиция, которая часто встречается у пациенток и влияет на современный подход, во многом основанный на страхах), подходит к *реалистичному доверию* в центре (обычно оно формируется у клиенток акушерских практик) – и до *раздутого доверия* к родам на другом полюсе спектра (это выражается в безграничном доверии к родам с игнорированием опасных ситуаций). Где бы вы разместили себя на этом графике? Переместилось ли ваше положение с момента, когда вы начали читать книгу? В каком направлении?

На обоих полюсах этого континуума доверия нас могут поджидать неожиданные и подчас трагические последствия. На полюсе, где доверие к родам утрачено, вряд ли встретится уважительное отношение к физиологии родов и к автономии женщины, к ее возможностям и ее величю роженицы; все это может привести к высокому уровню необоснованных вмешательств. На полюсе чрезмерного доверия нас может ожидать пренебрежение редкими, но реальными опасностями в родах.

Помните женщин, о которых я говорила выше? О тех, которым «повезло» получить роды без вмешательств? Почти всегда это женщины, которые имеют к своим родам *реалистичное доверие*, а также здоровое недоверие к нашей системе, далекой от лучших практик. Они защитили себя от рутинной эпидуральной анестезии. Скорее всего, они не согласились с рутинной

⁷⁸ NICE Antenatal care for uncomplicated pregnancies Clinical guideline (2019) National Institute for Health and Care Excellence.

⁷⁹ Newnham, E., McKellar, L., Pincombe, J. (2018) Towards the Humanisation of Birth: A study of epidural analgesia and hospital birth culture. Springer International Publishing, (p. 250).

⁸⁰ Dahlen, H. (2010) 'Undone by fear? Deluded by trust?' № 26 Elsevier, (pp. 156–162).

индукцией родов или с их стимуляцией, которую порекомендовали просто в соответствии с госпитальными протоколами (а не потому что это лучшая практика). Они отказались от непрерывной КТГ (это тоже не самая лучшая практика). Скорее всего, они не стали выбирать частный госпиталь и частного врача (австралийские исследования подтверждают, что «у женщин из группы низкого риска самый высокий уровень вмешательств в частных госпиталях, а самый низкий – в государственных»⁸¹).

Но это все выборы, которые в нашей власти. К сожалению, свою роль в родах женщины могут играть и другие факторы; например, роды вне рабочего времени увеличивают наши шансы на нормальные роды, а роды, пришедшиеся на рабочие часы, когда главная мотивация персонала – административный порядок в госпитале, для нормальных родов гораздо менее благоприятны⁸². Профессор Джейн Сэндалл отмечает, что в госпитале большую роль играет финансовая составляющая: на рабочее время запланировано определенное число родов для каждого врача и в каждом родильном отделении, особенно в частных практиках⁸³.

Если без вопросов покорно двигаться по одному из предложенных путей, то и «везучие» женщины закончат свои роды необоснованным вмешательством или целым каскадом их! Тогда они станут «невезучими» женщинами, которые фигурируют в статистике необоснованных вмешательств в роды.

Винить женщину

Поскольку рутинные протоколы и предлагаемые как следствие вмешательства очень часто ведут к ситуации, когда ребенка нужно «спасать» (истории «слава богу»), и сами женщины, и общество в целом все сильнее убеждены в том, что роды – это, несомненно, очень опасно. Более того, у женщины создается впечатление, что ее тело плохо приспособлено для родов, либо она начинает винить себя за «провал». Клара пишет после своих первых родов: «Я была очень разочарована в себе и чувствовала, что мое тело подвело меня». Такая тенденция – винить сами роды и тело женщины – очень популярна среди медиков, да в целом и в обществе. На самом же деле, это просто обвинение жертвы (виктимблейминг). Как говорит Милли Хилл, «предполагается, что корень проблемы – женщина и ее тело, а вовсе не то, что с ними делают»⁸⁴.

Клара в конце концов поняла, что ее подвело не ее тело, а скорее, философия, политика и структуры нашей системы родовспоможения.

Ваш выбор: защитить себя от status quo

Теперь, если за время чтения этой главы ваше недоверие (или доверие) к системе родовспоможения изменилось, как ваше новое понимание изменит выборы, которые вы делаете в преддверии родов? Возможно, теперь вы внимательнее ищите, где именно будете рожать. Независимо от того, выберете ли вы роды в родильном центре, либо дома, или нет, вы, наверное, теперь понимаете, почему такой выбор делают женщины, которые хотят избежать необоснованных вмешательств.

Как, например, один будущий отец, посетивший мой семинар со своей женой Анной. Анна написала мне об изменении взглядов своего партнера: «Рия, я хочу отдельно поблагода-

⁸¹ Dahlen, H., Tracy, S., Tracy, M., Bisits, A., Brown, C., Thornton, C. (2012) 'Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: A population-based descriptive study.' *BMJ Open*. *BMJ*.

⁸² Dahlen, H., Tracy, S., Tracy, M., Bisits, A., Brown, C., Thornton, C. (2012) 'Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: A population-based descriptive study.' *BMJ Open*. *BMJ*.

⁸³ Siret, M. (2018) 'C-section births surge to «alarming» rates worldwide – Study.' *BBC News*. *BBC online*.

⁸⁴ Hill, M. (2019) *Give Birth Like a Feminist*. HQ, an imprint of HarperCollinsPublishers Ltd.

рить вас за обращение „в нашу веру“ моего мужа. Мы были на вашем семинаре. Я уже тогда была решительно настроена на домашние роды, но муж был вовсе не так уверен. Он сказал, что у меня „роддомовская паранойя“ и я должна ее преодолеть... После семинара он прожил стадию „вон оно что!“ и сказал, что австралийская система родовспоможения – „дерьмо“ и что я должна рожать дома». Семинар, на котором они побывали, содержал ту же информацию об австралийских рутинных практиках и ту же статистику вмешательств, которыми я делюсь в этой книге. Анна продолжает: «Я подала заявление на участие в государственной программе домашних родов. И да, мы это сделали! Мой сын спокойно родился дома».

Домашние роды

Поскольку культурное послание гласит, что родам нельзя доверять, я прекрасно понимаю, почему большинство женщин вряд ли выберут домашние роды. Принимая во внимание небольшое количество государственных программ, интегрированных в госпитальную систему Австралии, не говоря уж о ценах на страховку, денежных затратах и юридическом статусе домашних акушерок⁸⁵, домашние роды – не самая доступная опция. Тем не менее исследования демонстрируют нам, что вот они-то должны быть доступны, что вот их-то имеет смысл рассматривать шире.

Действительно, мировые исследования утверждают, что домашние роды – разумный выбор для женщин из группы низкого риска, желающих получить нормальные физиологические роды.

Недавнее австралийское исследование, сравнивающее домашние и больничные роды, не выявило разницу в исходе для ребенка, родившегося дома с независимыми акушерками, и в госпитале у женщин из группы низкого риска. Зато оно выявило значительные различия в уровне вмешательств. Женщины, выбравшие домашние роды, имели очень низкий уровень практически для всех вмешательств (экстренное кесарево сечение – 2,5 %, оперативные роды – 2,5 %, эпидуральная анестезия – 3,2 %, эпизиотомия – 2,9 %). Напротив, женщины из группы низкого риска, рожавшие в госпитале, показали уровни всех вмешательств выше 12 % (а уровень эпидуральной анестезии ближе к 30 %), кесарево сечение составляло 12,5 %, оперативные роды – 17,5 %, эпидуральная анестезия – 27,5 %, эпизиотомия – 21,2 %. (Внесу ясность: эта статистика опирается на выбор женщиной места родов. Женщины, выбравшие домашние роды и переведенные в госпиталь из-за необходимости вмешательств, показали тем не менее очень низкий уровень вмешательств. А просто выбирая госпиталь как место родов, женщины из группы низкого риска увеличивали для себя вероятность вмешательств. Статистика также показывает, что из женщин, выбирающих домашние роды, 94,9 %, спонтанно рожали через естественные родовые пути, в то время как среди выбравших госпиталь этот показатель составил только 70 %.

⁸⁵ Dahlen H., Hazard B., Schmied V. (2020) *Birthing Outside the System: canary in the coal mine*. Routledge.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.