

ЯЗЫК НАУКИ И ЯЗЫК ЛЮБВИ: ЛЕГИТИМАЦИЯ НЕЗАВИСИМОЙ АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКИ В РОССИИ

Екатерина Бороздина

Екатерина Бороздина – научный сотрудник программы «Гендерные исследования» факультета политических наук и социологии в Европейском университете в Санкт-Петербурге. Адрес для переписки: факультет политических наук и социологии, Европейский университет в Санкт-Петербурге, ул. Гагаринская, 3, Санкт-Петербург, 191187, Россия. eborozdina@eu.spb.ru.

Я благодарна коллегам, с которыми имела возможность обсудить данную работу на разных этапах ее подготовки. Моя большая благодарность также анонимным рецензентам журнала Laboratorium за комментарии к тексту.

Распространение практики «естественных» родов и становление сообщества независимых акушеров – одно из самых ярких изменений, которые переживает современное российское родовспоможение. В настоящей статье я рассматриваю дискурсы, к которым акушерки апеллируют для обозначения собственной, отличной от врачебной, юрисдикции и утверждения своей деятельности в качестве самостоятельной профессии. В рамках феминистской критики акушерскую модель помощи в родах принято связывать с преодолением патриархатного взгляда на женственность и с обретением женщиной новых сил (*empowerment*). В своей работе на примере российского акушерского движения я определяю возможности и ограничения, которые существуют для того, чтобы акушерство могло реализовать себя в этой роли.

Ключевые слова: гендерные исследования; социология деторождения; российское акушерство; естественные роды

В современной России в контексте коммерциализации здравоохранения и проблематизации вопроса о репродуктивных правах женщин происходит трансформация практик родовспоможения. Наряду с появлением новых сервисов в поликлиниках и роддомах (Тёмкина и Ангелова 2009), развиваются альтернативные формы помощи роженицам, в частности – независимое акушерство¹. Сторонники

¹ На настоящий момент ни среди представителей рассматриваемой профессиональной группы, ни среди исследователей не существует единого общепризнанного термина, характеризующего данный вид занятости. К наиболее широко используемым вариантам (само)названия исследуемой профессии относятся «акушерка» (без уточнения того, работает она в медицинском учреждении или ведет самостоятельную практику); «духовная акушерка» / *spiritual midwife* (название, предложенное в книге Айны Гаскин, «пионера» американского движения за есте-

данного подхода ставят под вопрос догматы официальной медицины и оспаривают существующие формы помощи в родах. Их цель состоит в том, чтобы переопределить родовспоможение, сделать его менее медикализированным. Одновременно перед ними стоит задача выработать собственные, альтернативные медицинским, формы контроля над женской телесностью и утвердиться в качестве самостоятельной, равной врачам профессии. В результате ситуация родов оказывается точкой борьбы экспертов-медиков и представителей более «слабой» профессиональной группы, которые также претендуют на обладание компетенцией в сфере заботы о здоровье матери и ребенка.

Становление независимого акушерства происходит в нашей стране с начала 1980-х годов. Однако если в позднесоветский период это было подпольное движение (Belousova 2002:51), то 2000-е годы знаменуются попытками сторонников альтернативного родовспоможения представлять себя как профессиональное сообщество. В этот период, помимо индивидуально практикующих акушерок, появляются специализированные центры, которые оказывают услуги по подготовке к естественным родам; регулярно проводятся конференции и семинары, посвященные альтернативным практикам родовспоможения; создаются общественные организации акушерок; на русском языке издаются журналы, рассказывающие о домашних родах. Превратившись из замалчиваемой практики в видимый социальный феномен, независимое акушерство становится предметом публичного обсуждения – темой сюжетов в средствах массовой информации, поводом для дискуссии среди врачей и чиновников.

Настоящая статья посвящена изучению альтернативного акушерства как формирующегося профессионального сообщества. В фокусе моего исследовательского интереса находится борьба данной группы за профессиональную автономию и признание.

В теоретическом плане я опираюсь на неовеберианский подход в социологии профессий (Abbott 1988; Freidson 1994) и рассматриваю сферу родовспоможения в качестве пространства конкуренции между представителями различных профессиональных групп, претендующих на легитимный контроль над женскими репродуктивными опытами. Наиболее высоким статусом среди этих групп облада-

ственные роды (Gaskin 1975)); «повитуха» (используется российскими, чаще всего исповедующими православие, акушерками, чтобы подчеркнуть связь с локальной традицией (Мартынова 2011)), «традиционный помощник в родах» / *traditional birth attendant* (официальный термин, предложенный ВОЗ (Traditional... 1992)) и др. Как отмечают исследователи альтернативного родовспоможения, вопрос о названии в данном случае является политически и идеологически значимым. Использование того или иного наименования для данного вида деятельности (самими практикующими или со стороны внешнего авторитета) задает рамку их деятельности, определяет идентичность практикующих и сами практики (Pigg 1997). В настоящей статье я использую наиболее нейтральный, на мой взгляд, термин – «независимая акушерка», являющийся калькой с английского названия данной профессии (*independent midwife*).

Среди представителей изучаемой профессии безусловно есть и мужчины. Однако я использую в статье термин «акушерка» в женском роде в соответствии с традицией, принятой в отечественной медицине (наименование «акушер» может быть отнесено скорее к врачу акушеру-гинекологу).

ют врачи, фактически монополизировавшие в современном обществе право на нормализующее суждение относительно человеческой телесности (Zola 1972; Turner [1987] 2001). В этой ситуации сторонники альтернативного акушерства сталкиваются с необходимостью переопределить роды и помощь в родах для того, чтобы обозначить область собственной профессиональной юрисдикции². Основная цель настоящего исследования состоит в том, чтобы проанализировать, как это реализуется в современном российском обществе – к каким ценностям апеллируют сторонники альтернативного акушерства и какие дискурсы задействуют.

Поскольку исследование посвящено такой гендерно чувствительной сфере, как акушерская помощь, важным теоретическим основанием моей работы выступает феминистский подход к родовспоможению (Firestone 1979; Oakley 1979; O'Brien 1981; Martin [1987] 1992). Вслед за указанными авторами я полагаю, что то, каким образом опыт деторождения осмысливается в конкретном обществе, имеет фундаментальное значение для определения женственности и для положения женщины в социуме. В связи с этим в данной статье я также ставлю перед собой задачу проанализировать, какие последствия для российского гендерного порядка может иметь интерпретация деторождения, содержащаяся в идеологии независимого акушерства.

В России сторонники независимого акушерства составляют достаточно неоднородную и слабо интегрированную группу. Поэтому в своем исследовании я сосредоточилась на изучении деятельности одного из сообществ – сообщества, сложившегося вокруг первого (и единственного) российского журнала, посвященного домашним родам³. Выбор этого сообщества был продиктован тем, что именно его представители ведут активную деятельность в сфере профессионализации независимого акушерства (издание журналов, проведение профессиональных конференций и пр.) и борьбы за его легализацию⁴. Кроме того, данное сообщество является наиболее заметным в международной среде – его члены регулярно принимают участие в международных конференциях акушеров «Midwifery Today», поддерживают профессиональные контакты с ключевыми фигурами международного акушерского движения.

Эмпирической основой настоящего исследования являются, в первую очередь, материалы наблюдения на трех международных конференциях независимых акушеров, которые проходили в 2010, 2011 и 2013 годах в Москве. Эти встречи, организованные журналом, явились первым опытом подобных мероприятий в нашей

² «Целевой аудиторией» российских независимых акушеров являются родители, ориентированные на «естественные» роды и нередко предпочитающие максимально «естественный» их вариант – «сольные роды», когда женщина рожает одна, без чьей-либо поддержки. В связи с этим перед акушерками стоит не только задача обозначить свою автономию по отношению к врачам, но и задача объяснить своим потенциальным клиентам (и сторонникам), почему акушерская помощь в родах необходима.

³ Я не указываю в настоящей статье ни названия журнала, ни сведений об акушерках, которых цитирую, в целях соблюдения анонимности информантов.

⁴ В июне 2011 года в Москве прошла встреча представителей данного сообщества с руководителем Комитета по здравоохранению Московской городской думы.

стране. Их участниками стали отечественные и иностранные специалисты в области альтернативного родовспоможения; граждане России и СНГ, практикующие независимое акушерство; женщины и семейные пары, которые рассматривали для себя возможность домашних родов. Все три конференции длились по пять дней. Программа включала лекции и семинары, посвященные акушерским навыкам; занятия, касающиеся социокультурных аспектов акушерства; пленарные заседания, на которых обсуждались вопросы легализации альтернативных форм родовспоможения.

В дополнение к сведениям, полученным на конференциях, мною использовалась другая информация публичного характера, относящаяся к деятельности исследуемого сообщества: 1) выпуски журнала за 2009–2012 годы (16 номеров); 2) материалы официального сайта журнала; 3) материалы интернет-блога сообщества. Выбор данных источников определялся стремлением наиболее полно изучить публичные репрезентации исследуемого сообщества.

Эмпирическая база работы накладывает следующие ограничения на сделанные в статье выводы: 1) анализируется деятельность лишь одного (хотя и наиболее активного в публичной сфере) из существующих сообществ независимых акушерок; идеология, ценности и практики сторонников альтернативного акушерства, не входящих в данное сообщество, могут отличаться от описанных ниже; 2) в соответствии с задачами исследования анализировалась исключительно публичная информация; исследование же того, как рассматриваемая идеология воплощается на уровне повседневных практик, требует более глубокого и детального изучения индивидуальных историй акушерок и их клиенток; 3) практика независимого акушерства существует в России с 1980-х годов, за это время она претерпела трансформации в соответствии с происходящими в обществе изменениями; в настоящей статье данные изменения не рассматриваются – сообщество акушерок представлено в синхронии (2010–2013 годы).

Следует подчеркнуть, что, не имея специального медицинского образования и не будучи экспертом в сфере акушерства, я не берусь высказывать суждения о практике родов без участия врача. Представленная работа направлена на анализ социальных аспектов борьбы российского сообщества независимых акушерок за профессиональную автономию, а не на то, чтобы высказывать аргументы «за» или «против» альтернативных практик родовспоможения.

Статья состоит из четырех частей. В первой части представлен краткий обзор теорий, позволяющих осмыслить акушерство как социальный феномен. Во второй части описан социальный контекст современной России, в котором развивается акушерское движение. Третья часть содержит описание тех дискурсов, к которым апеллируют сторонники домашнего акушерства для легитимации своей деятельности в качестве профессии. В заключительной части высказаны размышления о том, можно ли рассматривать российское независимое акушерство в качестве феминистского проекта.

МЕДИКАЛИЗАЦИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ЕЕ АЛЬТЕРНАТИВЫ

Медиализация различных человеческих опытов является характерной чертой обществ модерна. В самом общем виде она может быть понята как процесс, в ходе которого все больше аспектов повседневной жизни попадают под влияние медицины и начинают определяться в терминах «здоровья» и «болезни» (Zola 1972:487). При этом мужские и женские опыты подлежат медиализации в различной степени. Одним из краеугольных камней феминизма является представление о том, что при патриархате мужское тело и мужские телесные опыты воспринимаются в качестве нормативного образца для телесности вообще. В сравнении с мужским телом, женское тело определяется как уязвимое, болезненное, руководимое не разумом, но интуицией (Jordanova 1989; Bordo 1993). Медицина выступает инстанцией, патологизирующей женские опыты и подчеркивающей их отличие от мужского образца. Репродуктивные опыты женщин, не имеющие мужских аналогов – особенный объект медиализации. Как отмечает Брайан Тёрнер, занимающийся исследованиями в области социологии тела: «Медицинская идеология представляет женщину как физически и социально уязвимую и, в силу этого, нуждающуюся в пристальном медицинском (то есть мужском) совете и руководстве. Поскольку в медицинской литературе как менструация, так и беременность рассматриваются в качестве “медицинских проблем”, базовой логикой медицинского взгляда является то, что женщины по сути представляют собой естественных пациентов» (Turner [1987] 2001:102)⁵.

С точки зрения феминистской критики, одним из главных проявлений медиализации женских опытов и патологизации женственности выступает практика родов в больнице под присмотром врача (Oakley 1984:3; Lupton 1994:148). Определяя рождение ребенка как медицинскую проблему, акушеры-гинекологи монополизируют авторитетное знание о родах (Jordan 1997). Именно их экспертные суждения, а не смутные телесные переживания самих рожениц выступают основой для принятия практических решений во время родов.

Исследователи выделяют три основные составляющие идеологии, лежащей в основе медиализованного родовспоможения. Во-первых, в ее рамках беременность и роды патологизируются, воспринимаются как опыты, нарушающие нормальное течение повседневной жизни женщины. В силу этого данные опыты помещаются в специальный контекст – медицинское учреждение, существующее для того, чтобы нормализовать отклонения и патологические состояния. Во-вторых, достоверным знанием о беременности и родах считается научное медицинское знание, которым обладают врачи, получившие соответствующее профессиональное образование. Локальное, интуитивное, практическое знание самой будущей матери о ее телесных переживаниях определяется как ненадежное. В-третьих, «успешность» родов оценивается медиками, прежде всего, на основании количественных, статистических критериев. При этом эмоциональный комфорт роженицы и ее удовлетворенность от общения с врачом не принимаются в расчет (Graham and Oakley 1979).

⁵ Здесь и далее перевод автора статьи.

В результате беременность и роды превращаются из «естественного» явления и части нормального жизненного опыта женщин в «медико-техническую проблему» (Riessman 1983:6) и упражнение по профессиональному консультированию (Oakley 1984:276). Роды технологизируются (Davis-Floyd 2001b). Современная медицина осмысляет деторождение через призму механистической метафоры: женский организм описывается в медицинских текстах как некая машина по производству продукта – ребенка; процесс этого «производства» (беременность и роды), подобно фабричному производственному труду, разделяется на стадии с определением результата каждой из них. Основным действующим лицом в рамках данного подхода является врач акушер-гинеколог, работающий с «машиной» женского тела, а будущей матери отводится роль пассивного объекта медицинских манипуляций (Martin [1987] 1992:56–57).

Начиная с 1970-х годов феминистские авторы проблематизируют происходящую при медикализации родовспоможения утрату женщинами контроля над значимыми аспектами своего жизненного опыта⁶. Общим для разных направлений феминизма является понимание связи между патологизацией деторождения в дискурсе медицинской науки и патриархатным гендерным порядком (Annandale and Clark 1996:19). Также феминистские исследователи отмечают, что патологизация беременности и родов порождает практические проблемы, с которыми каждый день сталкиваются миллионы женщин (Oakley 2005:46). Преодоление гендерного неравенства во многом ассоциируется с демедикализацией женских репродуктивных опытов, с переинтерпретацией родов как нормального, естественного события, демонстрирующего не уязвимость женщины, но ее особую силу.

Главной альтернативой гегемонному медицинскому взгляду на роды в феминизме принято считать «естественный» подход к родовспоможению, который пропагандируется акушерским движением. Это движение зародилось в 1970-е годы в Западной Европе и США и стало вызовом монополии врачей на принятие решений в сфере деторождения. Его целью является борьба за социальное признание независимой акушерской практики и гуманизацию системы родовспоможения: ограничение применения медицинских технологий, более тесный контакт матери с новорожденным, внимание к межличностному взаимодействию в ходе оказания медицинской помощи (Kitzinger 1988; Davis-Floyd 2001b; Cheyney 2008).

В основе идеологии акушерского движения лежит представление о том, что роды – это нормальная часть жизни женщины (семья), и большинство женщин способны родить сами, без активного вмешательства со стороны врачей. Выделяя два ключевых аспекта репродуктивного здравоохранения (*reproductive healthcare*) – обеспечение здоровья людей посредством специализированных

⁶ Важно отметить, что медикализация женских опытов также может быть интерпретирована как явление, расширяющее диапазон репродуктивных выборов женщины. Благодаря медицинским технологиям становятся возможными планирование беременности, получение информации об отклонениях в развитии плода и т.п. Таким образом, медикализация во многом отвечает потребностям женщин, в частности, позволяет им лучше контролировать опыты, связанные с беременностью и рождением ребенка (Beckett 2005; Jones 2012).

технологий (*health*) и заботу (*care*), – акушерки позиционируют себя в качестве специалистов, ответственных, прежде всего, за *заботу* о беременных и роженицах (Bondas 2002:62). Такая забота подразумевает внимание к роженице как к уникальной и значимой личности, внимание к уникальным обстоятельствам, контексту, специфике каждого конкретного случая, выстраивание с женщиной персонализированных эмоционально вовлеченных отношений. Врачи же характеризуются как профессионалы, чье вмешательство требуется лишь в случае патологического течения беременности и родов (Oakley 1984:236).

Важная характеристика акушерского подхода к родам – ориентация на диалог с роженицей. Будущая мать воспринимается как активный агент, влияющий на принимаемые в родах решения. Ответственность за рождение ребенка, таким образом, разделяется между женщиной и акушеркой, принимающей у нее роды (Parry 2008:797).

В наши дни независимая акушерская практика является составной частью систем репродуктивного здравоохранения во многих странах (в Австралии, Великобритании, Канаде, Нидерландах и других). Как показывают сравнительные исследования, в каждой из этих стран общая идеология акушерского движения и типичная модель акушерского ухода трансформируется в зависимости от локальной конфигурации отношений между четырьмя главными «игроками» – государством, врачами, гражданами как потребителями медицинских услуг и самим акушерским сообществом (Benoit et al. 2005:733–734). В следующем разделе, сосредоточившись на анализе позиций этих четырех ключевых акторов, мы кратко рассмотрим социально-политический контекст профессионализации российского независимого акушерства.

АКУШЕРСКАЯ ПРАКТИКА И ЕЕ СТРУКТУРНЫЙ КОНТЕКСТ

Опыты вынашивания и рождения ребенка в современной России в значительной степени медиализированы. Нормальной считается ситуация, когда женщина, узнав о своей беременности, встает на учет в женскую консультацию (желательно до двенадцати недель беременности), посещает участкового акушера-гинеколога примерно в течение шести месяцев и затем рождает в роддоме под присмотром дежурной бригады медиков. Эта модель, утвердившаяся в качестве общепринятой нормы в 1960-е годы, продолжает поддерживаться государством на идеологическом уровне: правильным, цивилизованным местом для рождения ребенка считается больница; регулярное посещение врача и строгое соблюдение его рекомендаций воспринимаются как атрибуты «культурной» пациентки и ответственной матери (Одинцова 2009). Кроме того, данная модель закрепляется посредством бюрократических механизмов: начиная с советского периода в учреждениях здравоохранения женщины получают бумаги, необходимые для доступа к различным формам государственной социальной поддержки – единовременным выплатам по беременности и родам, оплачиваемому отпуску по уходу за ребенком и т. п. (Gradszkova 2007:102).

Институт медицины при этом выступает в качестве основной инстанции, которой власть делегирует, с одной стороны, осуществление заботы о здоровье матери и ребенка, а с другой стороны – контроль над репродуктивным поведением женщин⁷. Ключевой фигурой, отвечающей за реализацию такой заботы/контроля, является врач акушер-гинеколог. Именно он (она) благодаря полученному профессиональному образованию считается экспертом, обладающим знаниями о деторождении, имеющим право принимать решения относительно родов и несущим юридическую ответственность за эти решения. Акушерка в системе государственного здравоохранения играет роль помощника врача. Самостоятельно, без его участия, роды принимать она не может (Приказ... 2009).

Важно подчеркнуть, что в отличие, например, от американских врачей, обладающих высокой степенью профессиональной автономии, советские, а затем и российские врачи никогда не имели достаточной власти, чтобы определять условия и стандарты своего труда. Как отмечают многие авторы, они являлись (и являются) скорее государственными чиновниками, а отношения между врачом и пациенткой в отечественной системе здравоохранения формировались как «треугольник» отношений между врачом, пациенткой и государством (Field 1957; Navarro 1977; Schecter 1997).

В связи с этим медиализация опыта деторождения в российском контексте шла по иному, не схожему с «западным», пути (Rivkin-Fish 2005:23–28). Если в случае американского и европейского здравоохранения в фокусе критики находились технологизация родов и избыточный контроль медицинских профессионалов над женскими репродуктивными опытами, то в случае позднесоветского и постсоветского родовспоможения главными причинами недовольства пациенток выступали низкое качество предоставляемых услуг и чрезмерный бюрократический контроль над данной сферой со стороны государства.

Начиная с 1990-х годов российская система здравоохранения переживает значительные трансформации. На уровне законодательных документов и программных высказываний политиков утверждается представление о медицинской помощи как о сфере реализации прав человека. Происходит коммерциализация медицинского обслуживания: переход с бюджетной на бюджетно-страховую модель финансирования здравоохранения, развитие рынка платных медицинских услуг.

В середине 2000-х годов власти, обеспокоенные низким уровнем рождаемости, определили родовспоможение как особенно значимую сферу реализации социальной политики. В 2006 году начал действовать приоритетный национальный проект «Здоровье», в рамках которого женские консультации и роддома оснащаются новой техникой, строятся перинатальные центры (на настоящий момент в регионах страны построено 23 таких центра). Была введена программа родовых сертификатов, направленная на то, чтобы материально стимулировать государ-

⁷ Еще в начале XX века необходимость массового проведения родов в больничных условиях обосновывалась не только тем, что применение достижений медицинской науки позволит снизить материнскую и младенческую смертность, но также и тем, что, рожая дома, женщины из малообеспеченных слоев могли затем умертвить нежеланного ребенка. Контроль за деторождением со стороны медиков призван был помешать инфантициду (Михель и Михель 2012:132).

ственные медицинские учреждения оказывать будущим матерям более качественные услуги, а также на предоставление дополнительных гарантий реализации права женщин на получение врачебной помощи⁸ (Бороздина 2010). В результате забота государства о матерях оказалась сопряжена со все большей медикализацией опыта родов – родовспоможение стало более технологичным, были введены дополнительные гарантии массовой доступности медицинских услуг.

Однако многие пациентки остаются недовольны качеством медицинской помощи, оказываемой в государственных медицинских учреждениях. Основные претензии, предъявляемые женщинами к официальной медицине, связаны, во-первых, с плохой материальной базой женских консультаций и роддомов; во-вторых, с чрезмерной бюрократизацией взаимодействия с медицинскими учреждениями; в-третьих, с авторитарным контролем (а иногда и банальной грубостью) со стороны врачей; и, в-четвертых – с низким уровнем профессионализма или небрежностью медицинских работников, что превращает обращение к акушеру-гинекологу в потенциально опасный для здоровья опыт (Щепанская 1999; Белоусова 2003; Здравомыслова и Тёмкина 2009; Rivkin-Fish 2005).

Социологи определяют подобное отношение граждан к системе государственного здравоохранения в терминах институционального недоверия (Аронсон 2006). Пациентки продолжают воспринимать официальное родовспоможение как недружественную «систему» и вырабатывают индивидуальные стратегии для того, чтобы обеспечить комфортное взаимодействие с ней. Самые распространенные из этих стратегий, направленных на выстраивание отношений персонифицированного доверия с медицинскими профессионалами, – поиск врача «по знакомству» и неформальная оплата услуг акушера-гинеколога (Бредникова 2009; Здравомыслова и Тёмкина 2009; Rivkin-Fish 2005:148–151).

В такой модели обращения к услугам «бесплатной» медицины проявляется преимущество по отношению к позднесоветскому периоду, однако современная ситуация имеет свои особенности. В контексте либеральных преобразований в стране формируется новая, достаточно многочисленная категория требовательных, рефлексивных пациенток (Здравомыслова и Тёмкина 2009:206–207). Они ответственно относятся к своему здоровью и обладают достаточными финансовыми ресурсами и знаниями, чтобы совершать осознанные выборы по поводу деторождения, включая выбор места родов и помощника в родах.

И если для нескольких поколений советских женщин рождение ребенка в общей палате государственного роддома было практически единственным сценарием

⁸ Финансирование медицинской помощи беременным и роженицам в России осуществляется из двух основных источников – бюджетов субъектов РФ и фондов обязательного медицинского страхования. Некоторые виды высокотехнологичной медицинской помощи оплачиваются из федерального бюджета. За счет средств, полученных по родовым сертификатам, медицинские учреждения приобретают расходные материалы, а также лекарства для будущих матерей. В целом эта сложная схема финансирования направлена на то, чтобы сделать медицинскую помощь практически полностью бесплатной для будущих матерей. Таким образом, государство выступает в качестве агента, берущего на себя ответственность за заботу о здоровье женщины-матери и гарантирующего доступность стандартного набора медицинских сервисов для пациенток с разным уровнем достатка.

родов, то в современной России в условиях коммерциализации родовспоможения возникают новые формы помощи в родах, отвечающие запросам требовательных клиенток. В государственных роддомах вводятся платные сервисы, в частности – индивидуальные роды, при которых женщина выбирает врача и может рассчитывать на большее внимание с его (ее) стороны. Создаются негосударственные женские консультации и роддома, предоставляющие высокий уровень комфорта для пациенток и возможность в течение беременности и в процессе родов находиться под опекой одного и того же врача⁹. Некоторые роддома предлагают в качестве платной услуги индивидуальные роды под наблюдением акушерки. Врач в таких родах задействован минимально (преимущественно на стадии послеродового осмотра и при оформлении медицинской документации).

Еще одной альтернативой медикализированным «бесплатным» родам становятся «естественные» роды с акушеркой (чаще всего это роды в домашних условиях). Распространение этой практики в нашей стране относится к началу 1980-х годов и связано с именем Игоря Чарковского, энтузиаста водных родов. В рамках подхода Чарковского и его последователей сексуальные отношения, зачатие и рождение ребенка интерпретируются как комплексный и целостный опыт женщины (семьи). Ожидается, что данный опыт будет протекать «естественно», без вмешательства со стороны медицины. При этом если в рамках «западного» акушерства «естественность» деторождения ассоциируется преимущественно с физиологическими родами без применения анестезии или кесарева сечения, то в российской традиции «естественность» приобретает метафизическое значение. Она подразумевает, что рождение ребенка как бы «вписано» в универсальный миропорядок, что роды протекают в соответствии с «космическими ритмами». В рамках данной перспективы негативные следствия врачебного вмешательства в процесс родов состоят в первую очередь в том, что оно препятствует реализации духовной составляющей деторождения (Beloousova 2002:12–16).

В 2000-е годы происходит постепенное превращение «домашнего» родовспоможения из маргинальной практики и диссидентского движения в бизнес (Belousova 2002:53). В крупных российских городах открываются центры, предлагающие курсы по подготовке к «естественным» родам, а также услуги по сопровождению беременности и родов; публикуются переводные и оригинальные научно-популярные статьи и книги по этой теме; создаются общественные организации, осуществляющие информационную и правовую поддержку альтернативного родовспоможения.

Отечественное независимое акушерство испытывает на себе влияние идеологии и практики международного акушерского движения: российские активисты «домашних» родов посещают зарубежные конференции, независимые акушерки из США и Европы приезжают с лекциями в Россию (в том числе и в рамках конфе-

⁹ Стоит отметить, что к платным медицинским услугам российские пациентки относятся с таким же недоверием, как к бесплатным. В случае обращения к коммерческим сервисам женщины подозревают врачей в стремлении «нажиться» на клиентках, например, выдать направление на проведение ненужных и дорогостоящих обследований, назначить лишние платные процедуры и т.п. (Здравомыслова и Тёмкина 2009:196–200).

ренций, материалы которых анализируются в настоящей статье). Вследствие этого влияния многие акушерки перенимают у своих западных коллег клиентоориентированный подход и риторику, связанную с правами человека, которые не были свойственны российскому альтернативному родовспоможению на начальном этапе его развития (Belousova 2002:12).

«Домашние» роды становятся выбором тех родителей, которые хотят реализовать индивидуальные сценарии родов и стремятся пережить рождение ребенка как интимный семейный опыт (Мельникова 2012:384; Belousova 2002:51). По социальным характеристикам это чаще всего представители образованного среднего класса, которые обладают достаточным культурным капиталом, чтобы прийти к идее «естественных» родов, а также имеют финансовые ресурсы для оплаты услуг независимой акушерки.

Состав акушеров, которые осуществляют помощь в родах вне стен медицинского учреждения, достаточно разнороден. Некоторые из них имеют профессиональное медицинское образование (высшее или среднее) и совмещают работу в роддоме и самостоятельную акушерскую практику. Другие в прошлом работали в роддоме или женской консультации, но позднее полностью перешли к альтернативным формам родовспоможения. Еще один распространенный вариант: после успешного опыта «естественных» родов родители начинают сами выступать в роли помощников в родах (Пивоварова 2013). Поскольку общего образовательного стандарта и системы сертификации независимой акушерской практики нет, среди ее сторонников не существует единого подхода к «естественному» родовспоможению, а качество предоставляемых акушерками услуг сильно различается.

Как уже было отмечено выше, независимая акушерская деятельность не лицензируется государством и по сути является нелегальной (Приказ... 2012). Российские власти (а соответственно и официальная медицина) негативно относятся к «домашним» родам, поскольку эта практика существенно снижает возможность государственного контроля над репродуктивными опытами женщин. В центральных СМИ создается отталкивающий образ «домашних» родов: акцентируются риски таких родов для жизни матери и ребенка, подчеркивается, что принимающие их акушерки часто не обладают достаточной квалификацией¹⁰.

В 2009 году значительным событием стал судебный процесс против руководителей петербургского клуба родительской культуры «Колыбелька» – акушерки Елены Ермаковой и ее супруга Алексея. Во время «домашних» родов, которые принимала Елена, умер ребенок. Суд признал акушерку виновной в незаконной медицинской деятельности, повлекшей гибель людей, и приговорил к пяти годам лишения свободы. Этот случай, с одной стороны, спровоцировал волну пропаганды против независимой акушерской практики, а с другой стороны, способствовал

¹⁰ В качестве примера можно привести репортажи и передачи центральных телеканалов (см., например, сюжеты в новостных передачах: «Главный петербургский идеолог родов на дому арестован» (Пятый канал, 30.03.2009; www.5-tv.ru/news/18243), «В Петербурге арестована шарлатанка из “Колыбельки”» (телеканал «Россия», 31.03.2009; www.vesti.ru/videos?vid=201144), «В Москве за неделю при домашних родах погибли два младенца» (Первый канал, 24.10.2011; www.1tv.ru/news/health/189104)).

росту солидарности внутри сообщества акушерок и проблематизировал для многих из них вопрос о легализации собственной профессиональной деятельности.

В целом российских акушерок, по аналогии с классификацией, предложенной Робби Дэвис-Флойд (Davis-Floyd 2001a:193), можно условно разделить на две основные группы. Первая – это акушерки, работающие в медицинских учреждениях. Их трудовая деятельность легитимна с точки зрения государства, однако фактически они не обладают профессиональной автономией. Вторая группа – «домашние» акушерки, практикующие нелегально, «на свой страх и риск», но имеющие возможность принимать самостоятельные решения в родах. Именно вторая группа, находящаяся в наиболее ненадежном положении, является в современной России основным агентом борьбы акушерок за профессионализацию. В следующем разделе представлены основные дискурсы, которые она использует для обозначения своей профессиональной юрисдикции.

ОСНОВАНИЯ ЛЕГИТИМАЦИИ НЕЗАВИСИМОЙ АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКИ

Я выделяю четыре основных дискурса, к которым обращаются представители рассматриваемого сообщества для легитимации независимой акушерской практики: медицинский дискурс, либеральный дискурс, спиритуалистический дискурс и гендерный дискурс.

МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС

Как уже было отмечено выше, основной задачей, стоящей перед независимыми акушерками, является позиционирование своей практики по отношению к официальной медицине. В современном мире, где авторитет научного медицинского знания очень высок, они не могут просто отвергнуть или игнорировать его. Медицинские категории и термины составляют основу языка, используемого акушерками для описания и осмысления женского тела и ситуации родов (особенно учитывая то, что многие представители рассматриваемого сообщества имеют медицинское образование и опыт работы в системе здравоохранения).

Однако, не отрицая достижений науки, акушерки подчеркивают, что современная медицина развивается в неправильном русле. В XX веке в индустриальных странах она стала чрезмерно технологичной и инвазивной. Беременность и роды определяются ею исключительно как болезненные опыты, требующие активного вмешательства со стороны экспертов-медиков. Акушерки проблематизируют недоверие врачей к естественному течению родов и то, что, стремясь перестраховаться, врачи прибегают к избыточным обследованиям и медицинским манипуляциям. В случае физиологических беременностей и родов такое медицинское вмешательство характеризуется акушерками, скорее, как опасное, чем полезное.

Мы приходим к тому, что чем естественнее роды, тем меньше каких-то осложнений. И чтобы осложнений не случилось, не нужно создавать искусственных условий, таких как положить женщину на спину, включить яркий свет, собрать

кучу народу, постоянно наблюдать ее, мониторить, чтобы она была все время под присмотром. И это создает напряжение, выработку адреналина. Соответственно, это уже нарушает ход событий (акушерка, конференция 2011).

Себя, в противоположность врачам, акушерки определяют как специалистов по ведению физиологических (нормальных, «естественных») родов. При этом они стремятся переосмыслить деторождение и показать, что значительная часть родов, которые считаются проблемными с точки зрения современной медицины, в действительности не являются патологическими и могут проходить «естественно», без вмешательства акушеров-гинекологов. К таким случаям относятся, например, вагинальные роды после кесарева сечения, роды при ягодичном предлежании плода и т. п. Акушерки подчеркивают, что разделяемый ими неинвазивный стиль ведения родов лучше соответствует потребностям пациенток и менее травматичен для рожениц, по сравнению с практиками, принятыми в российских роддомах.

Поскольку независимая акушерская практика формируется как альтернатива по отношению к официальной медицине, ее идеология опосредована тем социально и культурно определенным стандартом медикализированных родов, которому акушерки себя противопоставляют (Viisainen 2001:1110). В российском контексте основная проблема медикализации родовспоможения состоит не в чрезмерной власти врачей, но в бюрократизированности государственной системы здравоохранения, а также в исторически сложившемся отсутствии институционального доверия между докторами и их клиентками.

В связи с этим репродуктивная медицина осуждается независимыми акушерками, в первую очередь – за формализованное, деперсонализированное отношение к роженицам. Представители рассматриваемого сообщества подвергают критике то, что в отечественных медицинских учреждениях универсальные схемы ведения беременности и родов преобладают над индивидуальным подходом к конкретной пациентке и к специфике ее опыта. Подчеркивая негативные последствия подобного отношения к случаям разных женщин, акушерки подчеркивают оппозицию между конвейерным принципом ведения родов и собственным эмоционально вовлеченным взаимодействием с будущими матерями. Одна из акушерок, выступавших на конференции в 2011 году, следующим образом объясняет, почему она сменила работу в роддоме на практику «домашнего» акушерства:

Я там [в роддоме. – Е. Б.] обычным акушерством занималась, которым занимаются у нас сейчас в медицине. И приняла две тысячи родов там. И поняла, что как-то люблю я это, вот как-то выросла я, вот это мое. Но, думаю, как-то что-то они неправильно делают. Вот только женщина поступила, ногу перенесла через порог, а они там ей – касторка, клизма, ну, и пошло по схеме. [...] И я вот в девятнадцать лет пришла в эту родилку и уходила через три года оттуда. И думаю: что-то надо делать, это не может быть правильно.

Широко используя медицинский язык и опираясь в своей работе на данные медицинских исследований, независимые акушерки не оспаривают авторитет медицинского знания. Как и их коллеги из других стран (Foley and Faircloth 2003),

они апеллируют к медицинскому дискурсу для легитимации собственной профессиональной деятельности. Главная мишень их критики – существующий институт медицины, недружественный по отношению к пациенткам.

Свою профессию они характеризуют как более правильную медицину, которая сохранила изначальный гуманистический посыл, утраченный сотрудниками больницы. Независимое акушерство определяется его сторонниками как практика, которая «сочетает научный язык и язык сердца» (Мишель Оден, пленарное выступление, конференция 2010). Большое значение здесь придается формированию личного контакта между акушеркой и будущей матерью, становлению между ними отношений персонализированного доверия (в отличие от институционального доверия пациентки *любому* акушеру-гинекологу, которое утверждается как норма в рамках государственной системы здравоохранения и которого фактически не удается достигнуть). В этом смысле независимое акушерство во многом опирается на существующую в России практику поиска «своего» врача и представление, что такой специалист будет лучше заботиться о пациентке: «Все зависит от женщины; по моему опыту так и складывается – каждая женщина находит свою акушерку, которая созвучна ее энергетике, ее состоянию»¹¹.

Подобные доверительные отношения создаются благодаря тому, что независимая акушерка – это обычно человек, который не только принимает роды у женщины, но и тот, кто ведет ее беременность. Она обладает практическими знаниями о специфике случая конкретной роженицы, об особенностях ее характера, жизненной ситуации и т. п. Акцент на реализации принципа преемственности в акушерской помощи также должен продемонстрировать ее преимущество над фрагментированной медицинской помощью в государственном здравоохранении, где за наблюдение беременности, роды и послеродовой уход отвечают разные специалисты.

ЛИБЕРАЛЬНЫЙ ДИСКУРС

Определение родовспоможения как сферы реализации прав человека составляет одну из основ идеологии независимого акушерства. Представители рассматриваемого сообщества говорят о защите права женщины на счастливые роды как о своем приоритете. Под «счастливыми» родами ими обычно понимаются роды в домашних условиях, называемые также еще «естественными» и «мягкими». Предоставляя родителям услуги, которые невозможно получить в российских роддомах (домашние роды, роды в воде и др.), независимые акушеры позиционируют себя как специалистов, обеспечивающих соблюдение права граждан на получение профессиональной помощи в родах в желаемом ими виде. В качестве таковых акушеры претендуют на поддержку своей деятельности со стороны государства и общества в целом. В 2012 году в интернет-блоге сообщества было размещено следующее самописание:

¹¹ Журнал, 2009. Здесь и далее в сносках даны ссылки на журнал сообщества (название журнала не сообщается в целях анонимности – об этом см. выше) с указанием года издания журнала.

Мы верим, что естественное и мягкое рождение – это лучшее, что могут подарить родители своему любимому ребенку. Право семьи на выбор места, способа рождения ребенка и помощника в родах должно быть защищено государством, поддержано обществом и обеспечено хорошо подготовленными специалистами: сертифицированными профессиональными акушерками (СПА) и доулами (помощницами в родах).

Ключевой категорией становится категория выбора: выбора места родов, способа рождения ребенка и помощника в родах. Представители рассматриваемого сообщества подчеркивают, что не противостоят официальной медицине, но являются равными врачам самостоятельными профессионалами, которые создают альтернативу государственной системе родовспоможения и таким образом гарантируют соблюдение репродуктивных прав женщин: «У нас нет соревнования с врачами. Если вам нужен врач – идите к врачу, если вам нужна акушерка – идите к акушерке» (акушерка, конференция 2011); «Все зависит от матери. Это ее выбор, не акушерки. Она должна иметь возможность рожать там, где она хочет и с теми, с кем она хочет. Это ее право, это ее право как человека» (акушерка, конференция 2011).

Официальное родовспоможение критикуется за то, что оно значительно ограничивает права женщин, связанные с опытом рождения ребенка. Типичный государственный роддом описывается сторонниками независимого акушерства как «конвейер», безразличный к потребностям и желаниям попадающих в него пациенток. Сотрудники такого учреждения подчиняются бюрократическим правилам и обычно не ориентированы на то, чтобы давать пациенткам возможность самим выбирать сценарий родов: «Получается, что можно рожать в любви и в радости, а можно рожать в боли и в страданиях. Это ваш выбор. Единственно, что нам, конечно, в роддоме этот выбор не особо дают наши доблестные врачи. Потому что, действительно, это такая фабрика, это такая махина, которая работает по своей схеме» (акушерка, конференция 2011).

Институциональный дизайн отечественной системы родовспоможения формировался в условиях значительного вмешательства со стороны властей в репродуктивные опыты женщин. В его основе лежит представление о родах как о «публичном» событии и о государстве как об инстанции, которая реализует патерналистскую заботу о матерях и делит с ними родительские обязанности (Belousova 2002:50; Gradskova 2007:95, 101). Российское «домашнее» родовспоможение во многом складывалось как реакция на данную ситуацию. В этом смысле содержащийся в идеологии независимых акушерок акцент на праве выбора в вопросах деторождения соотносится, в первую очередь, со стремлением к «приватизации» опыта родов и родительства в целом.

Это прослеживается в образе потребителей услуг независимых акушеров, который формируется представителями рассматриваемого сообщества. Этот образ значительно отличается от образа рожаящей дома женщины (семьи), создаваемого официальными СМИ. Последние описывают тех, кто прибегает к альтернативным формам родовспоможения как «невежественных», «безответственных»

или чрезмерно доверчивых родителей, обманутых расчетливыми аферистами. Вот, например, отрывок из новостной передачи телеканала «Россия», посвященной судебному процессу над руководителями клуба родительской культуры «Колыбелька»:

И их [руководителей центра. – Е. Б.] девизу – никаких больниц, лекарств и людей в белых халатах – по-прежнему верили. «Та же микрофлора в роддоме намного хуже, чем микрофлора в туалете Московского вокзала», – говорит другая пострадавшая, Ольга Васильева. Эту женщину теперь, конечно, наверняка жалко – ее ребенок подводных родов не вынес. Но странно другое: ведь женщины взрослые, и почему эти взрослые так отчаянно верили бреду? («В Петербурге арестована шарлатанка из “Колыбельки”», «Вести», телеканал «Россия», 31.03.2009).

В противоположность этому сторонники независимого акушерства создают образ компетентных и критически мыслящих родителей, которые осознанно выбирают домашние роды как альтернативу официальной медицине, нечувствительной к потребностям конкретной роженицы и ее семьи. Эти родители описываются как те, кто ответственно подходит к вопросам репродуктивного здоровья (планирует рождение ребенка, не имеет вредных привычек и т. п.), обладает достаточным уровнем знания, чтобы рационально оценить риски родов в роддоме и родов с независимой акушеркой (и риски разных видов альтернативных родов). Вообще сторонники «домашних» родов предстают как те, кто не хочет делегировать ответственность за свое здоровье и семейное благополучие государственными институтами, нечувствительным к потребностям граждан. В рамках этого подхода некомпетентными, безрассудными и безответственными видятся уже родители, выбирающие роды в роддоме:

Почему большинство женщин рожают в роддомах? Причины понятны. Во-первых, мало кто знает об изнанке медицинского образования. [...] Во-вторых, повальная безграмотность – ведь этой темой не принято интересоваться. И в-третьих, хронический панический страх в сочетании с боязнью ответственности¹².

Сама идея профессиональной автономии осмысливается сторонниками альтернативного акушерства через призму либеральной идеологии. Проблематизируя незаконный характер своей деятельности в современной России, акушерки воспринимают утверждение права на ведение независимой акушерской практики в качестве первого (и основного) шага к превращению данного занятия в профессию: «Мы имеем две глубокие проблемы – отсутствие лицензирования практикующих вне стационара акушерок и профессиональный кризис внутри самого акушерского сообщества. Что делать? Надо легализовать практику акушерок, помогающих в домашних родах»¹³.

¹² Журнал, 2011.

¹³ Журнал, 2012.

Однако важно отметить, что при общей либеральной риторике публичных репрезентаций для рассматриваемого сообщества характерна избирательность в поддержке репродуктивных прав. Отстаивая право женщины на выбор места родов и помощника в родах, акушерки крайне негативно оценивают практику прерывания беременности. На сайте анализируемого журнала представлены материалы, акцентирующие вред современных средств контрацепции, в интернет-блоге сообщества запрещено обсуждать тему аборт.

Это показывает, что в действительности либеральная повестка не является конститутивной для российского независимого акушерства. Либеральный дискурс, как, впрочем, и медицинский, выступают реакцией на «окружающую среду» и используются в основном для легитимации акушерской практики в глазах внешних наблюдателей – представителей международного акушерского движения, врачей, чиновников. Для самоопределения сообщества в качестве независимой профессиональной группы более значимыми являются спиритуалистический и гендерный дискурсы, о которых речь пойдет ниже.

СПИРИТУАЛИСТИЧЕСКИЙ ДИСКУРС

«Появление малыша на свет – сакральный процесс, он ближе молитве, нежели медицинской операции»,¹⁴ – так описывает роды одна из первых российских независимых акушерок. Подобное понимание родов характерно для рассматриваемого нами сообщества и позиционируется им как альтернатива медицинскому взгляду на деторождение.

Официальное здравоохранение, воплощенное в фигуре врача акушера-гинеколога, критикуется акушерками за то, что оно разрывает естественное единство репродуктивных опытов женщины, сводит беременность и роды исключительно к физиологическим процессам, которые осмысляются с помощью научных терминов. В противоположность такому взгляду независимые акушерки предлагают целостное восприятие деторождения. Эта целостность утверждается ими в трех основных аспектах. Во-первых, подчеркивается единство телесной и духовной составляющих опыта родов. Рождение ребенка связывается акушерами с духовным ростом и преображением как роженицы, так и помогающей ей акушерки. Во-вторых, репродуктивные опыты женщины (зачатие, беременность, роды и воспитание ребенка) не фрагментируются, но рассматриваются акушерками как стадии единого процесса, плавно перетекающие одна в другую.

Я не думаю, что на нашей Руси женщины носили детей в матке. Они не в матке носили, они под сердцем носили. И это очень важно, потому что личность, душа – она не бывает маленькой. Она либо есть, либо ее нет. [...] И женщина зачинает ребенка в любви, и беременность должна провести в любви, и родить в любви. И вот это очень важно, а в учебниках по акушерству про любовь не пишут (акушер, конференция 2011).

¹⁴ Журнал, 2009.

В-третьих, в отличие от медицинского взгляда, беременность и роды определяются не как исключительное или патологическое состояние, но как органическая часть жизни женщины (семьи). В качестве таковых они выступают интегральным элементом особого образа жизни, связанного с ценностями естественности, экологичности, духовного роста и осознанного родительства. Практика альтернативных родов вписывается в особый комплекс повседневных практик родителей – практик питания (потребление натуральных экологически чистых продуктов, зачастую – вегетарианство), лечения (остеопатия, гомеопатия), воспитания детей (Вальдорфская педагогика, система Монтессори) и др.

На фоне мировых кризисов, катаклизмов и эпидемий мы с вами выглядим какими-то неисправимыми оптимистами. Вместо того, чтобы покупать дешевые трансгенные и рафинированные продукты, переезжаем за город и выращиваем овощи и фрукты сами. [...] Вместо того чтобы не думая делать прививки и пить таблетки по любому поводу – всей семьей обливаемся холодной водой, купаемся в проруби, практикуем йогу, цигун. [...] Вместо медикаментозного «изгнания плода во время родов» мы выбираем подготовленные и естественные роды вне стен больницы¹⁵.

Осмысление родов в качестве не только телесного, но и духовного опыта обусловливает важность религиозной составляющей для идеологии альтернативного акушерства. Прежде всего это относится к православным акушеркам, для которых использование религиозных практик в родах подразумевает не только обращение за поддержкой к высшим силам, но и обозначение своей принадлежности к национальной культурной традиции. Помимо собственно православных ритуалов такие акушерки часто включают в свою практику языческие обряды, имеющие славянские корни. Например, зимой 2012 года представители рассматриваемого сообщества проводили в Москве «Бабы каши» – «древнее празднество чадородия и женской силы» (сайт журнала, 2012 год).

Характерны изменения, которые произошли в постсоветском «домашнем» акушерстве в связи с отношением к религии. В середине 1990-х годов акушерки, разделявшие православные взгляды, настаивали на прохождении беременными религиозных обрядов – исповеди, причастия, получения благословения священника перед родами. Роды у некрещеных женщин такие акушерки принимать отказывались (Belousova 2002:58). В середине 2000-х годов, в контексте стремления акушерок к превращению своей деятельности из маргинальной практики в доступную услугу, подход, ориентированный на предпочтения клиентов, становится более важным по сравнению с необходимостью следовать православным ритуалам.

Вот она девочка после кесарева сечения. И потом она пришла к вере, и Господь показал ей, что можно рожать естественно после кесарева сечения. И мы с ней готовились, и она хорошо родила. И вот после прочтения этих молитв она почувствовала, как хорошо и благодатно было ей вступать в роды. Вот эти традиции я вам рекомендую. Кто-то уже до этого дожил, потому что

¹⁵ Журнал, 2009.

у каждого свой духовный путь, и ни в коем случае не надо всех насильствовать в этом. А у кого, конечно, такой уже [высокий духовный. – Е. Б.] уровень, можно прикреплять к такой великой помощнице, как молитва (акушерка, конференция 2011).

Акушерство определяется многими его представителями как божественное призвание. Свой приход в профессию они нередко связывают с тем, что стали очевидцами чудесного исцеления пациентки, с переживанием мистического откровения и т. п. Как и в случае народных целителей (Романов 2011:75), апелляция к особому мистическому опыту служит акушеркам для легитимации собственной профессиональной деятельности. Не имея легальных сертификатов, подтверждающих их право оказывать женщинам помощь в родах, акушерки зачастую говорят об особой поддержке, которую они получают от высших сил. Подобное признание их профессии со стороны трансцендентального божественного авторитета описывается акушерками как более значимое, чем возможное признание со стороны государственной власти, воплощенное в дипломах и лицензиях: «Лицензия – это не то, что делает меня акушеркой. Я бы не хотела, чтобы это прозвучало неуважительно, но лицензии и сертификаты – это только бумага. А то, что делает меня акушеркой – это призвание, которое есть в моей жизни» (акушерка, конференция 2013).

ГЕНДЕРНЫЙ ДИСКУРС

Гендерный дискурс – один из наиболее выраженных в публичных репрезентациях независимых акушерок. Критикуя официальную медицину за то, что она патологизирует роды, акушерки переосмысливают данный опыт как связанный с обретением матерью истинной женственности, рассматривают его в качестве основы для осознания ею своей подлинной природы. В отличие от принятого в обществе и медицине представления о родах как о болезненном и «ненормальном» процессе, акушерки характеризуют роды как естественное и приятное явление. Подчеркивается сексуальная природа родов, возможность для женщины испытать чувственное удовольствие от рождения ребенка¹⁶. Задача акушерки связывается с тем, чтобы не мешать роженице (семье) пережить момент появления младенца на свет как интимное и радостное событие.

Основная идея, которую я хочу донести до своих беременных, что роды – это интимный сексуальный момент в жизни пары. Поэтому мои любимые такие методы, да, если можно так назвать: не мешать паре, которая рождает, получить полностью весь спектр этих ощущений. [...] Кстати, после родов также, когда рождается ребеночек... я тоже стараюсь не мешать и не приставать к паре. И не только в этой комнате находиться, а даже в следующую комнату уйти, чтобы дать этой паре воссоединиться уже после рождения ребенка, втроем, и на-

¹⁶ Одним из культовых видео в среде альтернативных акушеров является американский фильм «Оргазмические роды: самый большой секрет», рассказывающий о том, что роды могут стать моментом величайшего наслаждения в жизни женщины (режиссер Дебра Паскали-Бонаро, США, 2009. Официальный сайт фильма: www.orgasmicbirth.com).

сладиться вот этим вот праздником дня рождения их ребенка. То есть все роды стараюсь организовать так, чтобы это была интимная обстановка, которая позволяет в любви рожать ребенка (акушерка, конференция 2011).

Переопределяя один из ключевых женских телесных опытов, акушеры тем самым формируют иное понимание женственности. В идеологии альтернативного акушерства женщина – это сильный, самостоятельный субъект. Она обладает подлинным, интуитивным знанием о своих переживаниях и не нуждается в помощи со стороны института медицины. Важно подчеркнуть, что, в отличие от американского и европейского акушерского движения, переосмысление женственности здесь происходит с позиций не столько политической, сколько духовной перспективы (Belooussova 2002:12–13). Основной акцент делается не на преодолении власти врачей над женской телесностью, но на необходимости вернуть женщине ее «целостность», восстановить гармоничное единство ее телесных, психологических и духовных опытов.

Особенно ярко такое понимание деторождения проявляется в дискуссиях о вагинальных родах после кесарева сечения. Последнее воспринимается акушерками в качестве крайне травматичного опыта, мешающего матери в дальнейшем сформировать близкие отношения с ребенком, а также отдаляющего ее от собственной телесности. Для того чтобы исправить эту ситуацию, женщине нужно пройти через опыт «естественных», немедицинизированных родов и восстановить таким образом утраченное единство с собственным телом и со своим ребенком.

В целом, роды без использования медицинских технологий выступают нормативной моделью родов в рамках идеологии альтернативного акушерства. Любой другой опыт родов (кесарево сечение, роды с применением анестезии и т. п.) воспринимается как «неправильный». «Правильные» же роды связываются с формированием «правильной» женственности, которая ассоциируется акушерами с мягкостью, эмоциональностью, интуицией, заботой о доме и семье, то есть в целом носит традиционный характер. Такие «естественные» роды должны помочь современным работающим женщинам, погруженным в публичный, «мужской» мир, вернуться к своей «истинной» женской идентичности.

Да, сегодня модно быть бизнесвумен, незамужней, бездетной, самостоятельной, независимой, горделивой, хладнокровной, агрессивной, мужественно переносящей невзгоды. Но в этом ли женская сила? [...] Моя женская сила проснулась вместе с осознанным замужеством, естественной беременностью, домашними родами. [...] Роды – это трамплин для ощущения себя женщиной, когда открываются новые, неведомые ранее горизонты¹⁷.

В этом контексте деторождение воспринимается как сфера специфической женской компетенции. В отличие от официальной медицины, полагающей, что знание о родах – это, прежде всего, экспертное знание врача, акушерки признают авторитет практического, телесного знания самой будущей матери. Знание о ро-

¹⁷ Журнал, 2011.

дах эссенциализируется, обладание им связывается с особой «женской природой». На конференции 2011 года одна из акушерок сформулировала эту идею следующим образом: «Помните, когда приходите на роды – она знает, как рожать, каждая девочка, в ней это заложено. Она просто знает, как рожать. Ее тело знает, ее душа знает».

Подобная интерпретация авторитетного знания о родах ведет к переосмыслению того, кто может помочь женщине пройти через этот опыт. В первую очередь проблематизируется вопрос о роли мужчины в родах: может ли мужчина, по определению не обладающий телесным знанием о родах и иных специфически женских переживаниях, быть акушером; следует ли вообще мужчине (партнеру) присутствовать на родах? Единого ответа, разделяемого всеми представителями рассматриваемого сообщества, нет. Часть акушеров категорически возражает против мужчин на родах, поскольку само их присутствие нарушает правильный «мягкий» и «женский» характер происходящего. Запрет на присутствие мужчины во время родов объясняется через отсылку к физиологическим различиям между полами. Мужчина описывается как источник «агрессивного», «мужского» гормона адреналина, который противопоставляется «женскому» гормону окситоцину, ответственному за схватки. Таким образом, всякий мужчина, «излучающий» адреналин, в силу своей природы воспринимается как угроза для естественного течения родов.

Другая часть акушеров полагает, что на родах допустимо и желательно присутствие партнера. Участие отца связывается с необходимостью эмоционально поддержать роженицу, создать в родах атмосферу любви. Роды при этом рассматриваются не только как женский, но и как семейный опыт, включенный в череду интимных опытов пары. Также есть акушеры, считающие, что мужчина может выступать и в качестве помощника в родах (некоторые полагают, что идеальная ситуация родов – когда ребенка принимает отец).

Другой вопрос состоит в том, может ли нерожавшая женщина или женщина, не имеющая опыта «естественных», домашних родов, быть акушеркой. Этот вопрос не является настолько острым, как обсуждавшийся выше, однако, на мой взгляд, нормативным вариантом все же является наличие у акушерки собственного опыта альтернативных родов. Этот опыт в данном случае выступает частью профессиональной биографии. Так, в ходе конференций участницы из числа акушеров, представляясь, помимо наличия медицинского образования и стажа работы всегда упоминали о собственных детях (нормой является многодетность) и о том, как эти дети были рождены.

Важно подчеркнуть, что сама борьба акушерок за профессиональное признание легитимируется за счет мобилизации их гендерной идентичности. Представители сообщества определяют себя, прежде всего, как «женщин, которые помогают в родах другим женщинам» (конференция 2011 года) и защищают ценности материнства и семьи. Таким образом, они задействуют традиционную модель гендерного гражданства, при которой женщина вступает в сферу политического, в первую очередь, как мать и именно в этом качестве обладает правом предъявлять требования к государству (Здравомыслова 2005; Skocpol 1995:73), в частности – требовать обеспечения квалифицированной помощи в родах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие акушерского движения и движения за права пациентов в Европе и Америке в 1970-е годы проходило в тесной связи с современной им феминистской критикой медикализованного родовспоможения и контроля над женской телесностью, которым обладают врачи. С одной стороны, переосмысление репродуктивных опытов, происходившее в рамках акушерской практики, влияло на феминистские теоретические построения относительно женственности и женских опытов. Многие акушерки становились соавторами и авторами социологических и антропологических работ (например, Kitzynger 1988; Davis-Floyd and Davis 1996). С другой стороны, феминистские идеи о женском здоровье и сексуальности популяризировались в литературе, ориентированной на массового читателя (наиболее ярким примером здесь является книга «Our Bodies, Ourselves» (1971), девятое издание которой вышло в 2011 году). В результате на Западе независимому акушерству устойчиво (хотя и не всегда оправдано) приписывается феминистская направленность (Beckett 2005:260).

В России так же, как и в других странах, профессионализация независимого акушерства связана с формированием нового понимания женственности и с утверждением иных, немедицинских форм контроля над беременностью и родами. Стремясь обозначить область собственной профессиональной юрисдикции, акушерки характеризуют себя как специалистов по ведению физиологических родов, отдавая врачам право заниматься патологическими случаями. При этом они переопределяют роды как нормальный, «естественный» процесс, подчеркивают, что в действительности лишь незначительная доля женщин нуждается в применении медицинских технологий до, во время и после родов. Подобная переинтерпретация одного из ключевых женских опытов ведет и к переинтерпретации женственности в целом. В идеологии домашних акушеров женственность, определяемая преимущественно через опыт материнства, не связывается с болезненностью и слабостью, но ассоциируется с особыми силой и радостью. Акушерки подчеркивают, что такие сильные, уверенные в себе женщины не нуждаются в чрезмерном контроле и руководстве со стороны медицинских профессионалов для того, чтобы пройти через опыт родов. Представляя своих клиенток в качестве либеральных, независимых субъектов, альтернативные акушерки делают акцент на соблюдении репродуктивных прав женщин и семей.

Однако означает ли такой подход, что российское независимое акушерство, по аналогии с американским и европейским, можно воспринимать как феминистский проект? Позиционируя себя в качестве альтернативы официальной медицине, предлагает ли акушерство также альтернативу патриархатному гендерному порядку, в этой медицине воплощенному?

Мне хочется указать два основных пункта, которые, на мой взгляд, ограничивают феминистский потенциал российского независимого акушерства.

Во-первых, *«реабилитируя» женственность, независимые акушерки не оспаривают саму дихотомию мужского и женского и даже упрочивают эссенциалистский взгляд на разделение полов.* Вместо приоритета разума, автономии, универ-

сального знания – современных ценностей, которые в феминизме принято связывать с «мужским» взглядом на мир (Bordo 1993), – акушерками утверждается перво-степенная значимость телесности, интуиции и заботы («женских» ценностей). Однако переворачивая традиционную гендерную иерархию, акушерки не ставят под сомнение ее организующий принцип: противопоставление мужского и женского как сферы производства и сферы воспроизводства.

«Настоящая» женственность, хотя и осмысляемая в позитивном ключе, соотносится в рамках рассматриваемой доктрины в первую очередь с физиологической способностью к деторождению, а возможность обретения женщиной новых сил (*empowerment*) ассоциируется с возможностью родить определенным образом – с «естественными», «мягкими» родами под присмотром акушерки. В результате оборотной стороной «реабилитации» женственности становятся ее эссенциализация (в частности, эссенциализация материнства) и закрепление традиционных гендерных ролей (мужа-кормильца, женщины – матери и домохозяйки). При такой эссенциализации родительства проблематичным остается вопрос о вовлеченности мужчин в жизнь семьи и в уход за ребенком.

Характерно и то, что борясь за легализацию независимого акушерства, его сторонники вступают в сферу политического, прежде всего – как матери (в случае акушерок – матери, помогающие другим матерям). Именно с этой позиции они считают себя вправе обращаться за поддержкой к государственной власти. Таким образом, в современной России попытки профессионализации акушерства в значительной степени опираются на мобилизацию традиционной женственности.

Во-вторых, *идеология и практика независимого акушерства связана с (вос)производством неравенства между разными группами женщин*. основополагающим для феминизма является признание многоступенчатого характера гендерного неравенства: восприятие его не только как неравенства между мужчинами и женщинами, но и как неравенства между различными группами женщин или мужчин (Connell 2000).

В рамках идеологии независимого акушерства, как уже было показано выше, формулируется собственная эссенциалистская поляризующая норма «хороших» и «плохих» родов (Walsh 2010:492). Она подразумевает, что те женщины, которые не могут или не хотят рожать «естественно», стигматизируются, а их опыт определяется как «неправильный». Таким же образом в контексте гендерного традиционализма, свойственного рассматриваемому подходу к деторождению, социально не одобряются ориентированные на построение карьеры женщины и женщины, сознательно отказывающиеся от рождения ребенка. Вследствие этого опыты значительного числа женщин рассматриваются как отклоняющиеся от нормы, а те, кто вынужденно или осознанно их выбирает, оказываются «плохими» женщинами и матерями.

Другое измерение гендерного неравенства, которое воспроизводится в рамках независимого акушерства, связано с тем, что преимущества, получаемые женщинами от альтернативных родов так же, как и преимущества медиализированных родов (Zadoroznyj 1999), социально стратифицированы. Свои услуги акушерки адресуют прежде всего родителям, которые обладают достаточным уровнем зна-

ний о репродуктивном здоровье. Такие родители (матери) имеют возможность сделать осознанный выбор в сфере родовспоможения. Также они готовы разделить с акушеркой ответственность за течение и исход родов. Они не только следуют предписаниям специалиста, но способны прислушиваться к потребностям своего тела и умеют их верно истолковывать. Семьи (матери), не обладающие достаточными образовательными ресурсами для того, чтобы оценить различные подходы к родовспоможению (и даже просто прийти к идее «естественных» альтернативных родов), на практике исключаются из круга потенциальных клиентов независимых акушерок.

Дополнительные трудности в доступе к услугам независимых акушерок возникают и за счет того, что данный вид занятости в России не легализован. В силу этого родители, предпочитающие альтернативные роды, должны обладать определенным социальным капиталом, чтобы найти практикующую акушерку, получить сведения о ее компетентности, организовать роды. Таким образом, некоторые родители имеют ресурсы для того, чтобы выбрать «мягкие» и «естественные» роды с акушеркой, другие же безальтернативно используют сервисы государственных женских консультаций и роддомов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Аронсон, Полина. 2006. «Утрата институционального доверия в российском здравоохранении». *Журнал социологии и социальной антропологии* 2:120–131.
- Белоусова, Екатерина. 2003. «Родильный обряд». С. 339–370 в *Современный городской фольклор*, под ред. А.Ф. Белоусова, И.С. Веселовой, С.Ю. Неклюдова. М.: РГГУ.
- Бороздина, Екатерина. 2010. «Как работает родовой сертификат? Реализация программы на примере региональной женской консультации». *Блог «Гендерная страница»*. Просмотрено 15.09.2013 (<http://genderpage.ru/?p=200>).
- Бредникова, Ольга. 2009. «Покупая компетенцию и внимание: практики платежей во время беременности и родов». С. 211–233 в *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*, под ред. Елены Здравомысловой и Анны Тёмкиной. СПб.: Издательство ЕУСПб.
- Здравомылова, Елена. 2005. «“Солдатские матери”: Мобилизация традиционной женственности». С. 39–65 в *Политическая наука: Идентичность как фактор политики и предмет политической науки*, под ред. Ольги Малиновой. М.: ИНИОН РАН.
- Здравомылова, Елена и Анна Тёмкина. 2009. «“Врачам я не доверяю, но...” Преодоление недоверия к репродуктивной медицине». С. 179–210 в *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*, под ред. Елены Здравомысловой и Анны Тёмкиной. СПб.: Издательство ЕУСПб.
- Мартынова, Ирина. 2011. *Родиться по собственному желанию. Летопись повивального дела*. СПб.: Издательство Русской христианской гуманитарной академии.
- Мельникова, Ольга. 2012. «Переопределение родовспоможения в родительских интернет-дискуссиях (на примере томского форума)». *Журнал исследований социальной политики* 10(3):377–392.
- Михель, Дмитрий и Ирина Михель. 2012. «Инфантицид глазами образованного российского общества второй половины XIX – начала XX века». С. 105–141 в *Бытовое насилие в истории российской повседневности (XIX–XXI вв.)*, под ред. Марианны Муравьевой и Натальи Пушкаревой. СПб.: Издательство ЕУСПб.
- Одинцова, Дарья. 2009. «“Культурная пациентка” глазами гинеколога». С. 234–278 в *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*, под ред. Елены Здравомысловой и Анны Тёмкиной. СПб.: Издательство ЕУСПб.

- Пивоварова, Анна. 2013. «Конструирование традиции в современной практике домашних родов». Диссертация на соискание степени магистра антропологии. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге.
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 808н. «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи». *Российская газета*, Федеральный выпуск № 5112, 17 февраля 2010 г.
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”». *Российская газета*, Спецвыпуск № 6066, 25 апреля 2013 г.
- Романов, Павел. 2011. «Социальная идентификация народных целителей». С. 47–87 в *Традиционная медицина: политика и практика профессионализации*, под ред. Елены Ярославской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ.
- Тёмкина, Анна и Евгения Ангелова. 2009. «Отец, участвующий в родах: гендерное партнерство или ситуационный контроль?» С. 473–507 в *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*, под ред. Елены Здравомысловой, Анны Роткирх и Анны Тёмкиной. СПб.: Издательство ЕУСПб.
- Щепанская, Татьяна. 1999. «Мифология социальных институтов: родовспоможение». С. 389–423 в *Мифология и повседневность*, Вып. 3. Материалы научной конференции. СПб.
- Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Annandale, Ellen and Judith Clark. 1996. “What is Gender? Feminist Theory and the Sociology of Human Reproduction.” *Sociology of Health and Illness* 18(1):17–44.
- Beckett, Katherine. 2005. “Choosing Caesarean: Feminism and the Politics of Childbirth in the United States.” *Feminist Theory* 6(3):251–275.
- Belousova, Ekaterina. 2002. “The ‘Natural Childbirth’ Movement in Russia: Self-Representation Strategies.” *Anthropology of East Europe Review* 20(1):11–18.
- Belousova, Ekaterina. 2002. “The Preservation of National Childbirth Traditions in the Russian Homebirth Community.” *Journal of the Slavic and East European Folklore Association* 7(2):50–77.
- Benoit, Cecilia, Sirpa Wrede, Ivy Bourgaault, Jane Sandall, Raymond De Vries, and Edwin R. Teijlingen. 2005. “Understanding the Social Organization of Maternity Care Systems: Midwifery as a Touchstone.” *Sociology of Health and Illness* 27(6):722–737.
- Bondas, Terese. 2002. “Finnish Women’s Experiences of Antenatal Care.” *Midwifery* 18(1):61–71.
- Bordo, Susan. 1993. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. London: University of California Press.
- Boston Women’s Health Book Collective, eds. 1971. *Our Bodies, Ourselves: A Course by and for Women*. Cambridge, MA: New England Free Press.
- Cheyney, Melissa J. 2008. “Homebirth as a Systems-Challenging Praxis: Knowledge, Power, and Intimacy in the Birthplace.” *Qualitative Health Research* 18(2):254–267.
- Connell, R. W. 2000. *The Men and the Boys*. Cambridge: Polity Press.
- Davis-Floyd, Robbie and Elisabeth Davis. 1996. “Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth.” *Medical Anthropology Quarterly* 10(2):237–269.
- Davis-Floyd, Robbie. 2001a. “La Partera Professional: Articulating Identity and Cultural Space for a New Kind of Midwife in Mexico.” *Medical Anthropology* 20(2–3):185–243.
- Davis-Floyd, Robbie. 2001b. “The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth.” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75(1):S5–S23.
- Field, Mark. 1957. *Doctor and Patient in Soviet Russia*. Cambridge: Harvard University Press.
- Firestone, Shulamith. 1979. *The Dialectic of Sex: The Case of Feminist Revolution*. London: The Women’s Press.
- Foley, Lara and Christopher Faircloth. 2003. “Medicine as Discursive Resource: Legitimation in the Work Narratives of Midwives.” *Sociology of Health and Illness* 25(2):165–184.

- Freidson, Eliot. 1994. *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. Cambridge: Polity Press.
- Gaskin, Ina M. 1975. *Spiritual Midwifery*. Summertown, TN: Book Publishing Company.
- Gradskova, Yulia. 2007. *Soviet People with Female Bodies: Performing Beauty and Maternity in Soviet Russia in the Mid 1930–1960s*. Stockholm: Stockholm University.
- Graham, Hilary and Ann Oakley. 1979. "Competing Ideologies of Reproduction: Medical and Maternal Perspectives on Pregnancy." Pp. 50–74 in *Women and Health Care*, edited by Helen Roberts. London: Routledge & Kegan Paul.
- Jones, Jane C. 2012. "Idealized and Industrialized Labor: Anatomy of a Feminist Controversy." *Hypatia* 27(1):99–117.
- Jordan, Brigitte. 1997. "Authoritative Knowledge and Its Construction." Pp. 55–79 in *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, edited by Robbie Davis-Floyd and Carolyn F. Sargent. Berkeley: University of California Press.
- Jordanova, Ludmilla. 1989. *Sexual Visions: Images of Gender in Science and Medicine between the Eighteenth and Twentieth Centuries*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Kitzinger, Sheila. 1988. *The Midwife Challenge*. London: Pandora.
- Lupton, Deborah. 1994. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.
- Martin, Emily. [1987] 1992. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Navarro, Vicente. 1977. *Social Security and Medicine in the USSR: A Marxist Critique*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Oakley, Ann. 1979. *Becoming a Mother*. Oxford: Martin Robertson & Company Ltd.
- Oakley, Ann. 1984. *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Oakley, Ann. 2005. *The Ann Oakley Reader: Gender, Women and Social Science*. Bristol, UK: Polity Press.
- O'Brien, Mary. 1981. *The Dialectic of Reproduction*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Parry, Diana. 2008. "'We Wanted Pregnancy Experience, not a Medical Experience'. Exploring Canadian Women's Use of Midwifery." *Health Care for Women International* 29(8):784–806.
- Pigg, Stacy L. 1997. "Authority in Translation: Finding, Knowing and Naming Traditional Birth Attendants in Nepal." Pp. 233–262 in *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, edited by Robbie Davis-Floyd and Carolyn F. Sargent. Berkeley: University of California Press.
- Riessman, Catherine. 1983. "Women and Medicalization: A New Perspective." *Social Policy* 14(1):3–18.
- Rivkin-Fish, Michele. 2005. *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Bloomington: Indiana University Press.
- Schechter, Kate. 1997. *The Politics of Healthcare in Russia: Obstacles to Professionalism*. Washington, DC: National Council for Soviet and East European Research.
- Skocpol, Theda. 1995. *Social Policy in the United States: Future Possibilities in Historical Perspective*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Traditional Birth Attendants: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF Statement. 1992. Geneva: World Health Organization. Retrieved September 14, 2013 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/38994>).
- Turner, Bryan S. [1987] 2001. *Medical Power and Social Knowledge*. London: SAGE Publications.
- Viisainen, Kirsi. 2001. "Negotiating Control and Meaning: Home Birth as a Self-Constructed Choice in Finland." *Social Science and Medicine* 52:1109–1121.
- Walsh, Denis. 2010. "Childbirth Embodiment: Problematic Aspects of Current Understandings." *Sociology of Health and Illness* 32(3):486–501.
- Zadoroznyj, Maria. 1999. "Social Class, Social Selves and Social Control in Childbirth." *Sociology of Health and Illness* 21(3):267–289.
- Zola, Irving K. 1972. "Medicine as an Institution of Social Control." *Sociological Review* 20(4):487–504.

L LANGUAGE OF SCIENCE AND LANGUAGE OF LOVE: THE LEGITIMATION OF INDEPENDENT MIDWIFERY PRACTICE IN RUSSIA

Ekaterina Borozdina

Ekaterina Borozdina is a research fellow in the Gender Studies Program, Department of Political Science and Sociology, European University at St. Petersburg. Address for correspondence: Department of Political Science and Sociology, European University at St. Petersburg, Gagarinskaia ulitsa, 3, Saint Petersburg, 191187, Russia. eborozdina@eu.spb.ru.

I am grateful to my colleagues, with whom I have discussed this work in different stages of its development. I also thank the anonymous reviewers of Laboratorium for their insightful comments.

The development of a “natural” approach to birth and the formation of independent midwifery practices are some of the most significant changes to contemporary Russian antenatal health care. In this article I consider the discourses employed by Russian midwives to mark their own (distinctive from medical) jurisdiction and to legitimize their status as members of an independent profession. I pay special attention to the implications that the professionalization of independent midwifery practice may have for Russian gender relations. Feminist authors commonly acknowledge independent midwifery as a social phenomenon that subverts a patriarchal view of gender hierarchy and contributes to the empowerment of women. I examine the case of the Russian midwifery movement in order to find out if it really has this potential and what limitations might exist for independent midwifery to take on this role.

Keywords: Gender Studies; Sociology of Childbirth; Russian Midwifery; Natural Childbirth

REFERENCES

- Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Annandale, Ellen and Judith Clark. 1996. “What is Gender? Feminist Theory and the Sociology of Human Reproduction.” *Sociology of Health and Illness* 18(1):17–44.
- Aronson, Polina. 2006. “Utrata institutsional’nogo doveriia v rossiiskom zdravookhraneniі.” *Zhurnal sotsiologii i sotsial’noi antropologii* 2:120–131.
- Beckett, Katherine. 2005. “Choosing Caesarean: Feminism and the Politics of Childbirth in the United States.” *Feminist Theory* 6(3):251–275.
- Belooussova, Ekaterina. 2002. “The ‘Natural Childbirth’ Movement in Russia: Self-Representation Strategies.” *Anthropology of East Europe Review* 20(1):11–18.