

Мишель Оден

Возрожденные роды

Оглавление

Питивьер.....	2
До рождения.....	10
Помощь женщине в родах	19
Первый час и после	26

Питивьер

Впервые я приехал в Питивьер в 1962 году, чтобы возглавить отделение общей хирургии в муниципальной больнице. Я оказался здесь случайно, по результатам конкурсного отбора на имеющиеся вакансии. Я вскоре полюбил этот небольшой городок с населением в десять тысяч жителей, расположенный недалеко от Парижа в сельской местности, где можно наслаждаться всеми прелестями деревенской жизни. Земля здесь плодородная, поля засеяны пшеницей и сахарной свеклой. Местные фермеры по сей день разводят пчел, охотятся на жаворонков и каждую субботу собираются на местном базаре. Несмотря на то, что район этот в основном сельскохозяйственный, всюду можно встретить небольшие предприятия и фабрики, здесь расположены рафинадный завод и компания по изготовлению печенья. В общем, Питивьер - такой городок, какие редко показывают туристам. Это просто ничем не знаменитый городок, как и сотни других, подобных ему. Правда, большинству французов знакомо слово "Питивьер", но только как название печенья, которому оно дано по имени города. Но они не имеют понятия, что это за город и где он расположен.

Когда я приступил к работе, оказалось, что под моим началом находится также небольшое родильное отделение больницы. В отделение обращались за помощью женщины из Питивьера и близлежащих деревень; происхождение их было самым разным. Это были работницы фабрик, фермеры, владелицы магазинов и служащие. Некоторые были эмигрантами из Португалии, Северной Африки, даже с Дальнего Востока. В больницу принимали всех, кто сюда обращался: не было никакого "отбора" ни с точки зрения социальной принадлежности, ни по медицинским показателям.

В то время здесь работала только одна акушерка, которая и отвечала за всю работу отделения. Она звала меня, только когда был необходим врач, чтобы сделать кесарево сечение или наложить щипцы. И эти операции, казалось, лишь углубляли мой профессиональный опыт, являясь естественным дополнением к тому, что я, будучи хирургом, уже умел делать (операции по удалению желчного пузыря, лечение переломов и т.п.). Что же касается акушерства, я плохо представлял себе, что это такое на практике.

Мой акушерский опыт был очень небольшим и с годами стерся из памяти. В начале пятидесятых я проработал шесть месяцев интерном в большом родильном доме в Париже. В то время пять или шесть женщин обычно рожали одновременно в одной большой комнате. Роды проходили, как на фабричном конвейере, и роженицы заражались страхом друг от друга. Врачи часто применяли акушерские щипцы и редко делали кесарево сечение. Я помню главного акушера только потому, что известная модификация щипцов названа его именем (щипцы Сюзора). Я без интереса относился к интернатуре и не мог себе представить, что когда-нибудь буду практикующим акушером.

Позднее, во время военной службы в должности военного хирурга в Алжире, в районе проживания берберов, меня время от времени вызывали для оказания помощи при родах. Беременные женщины обычно спускались в долину из горных поселений в самый последний момент перед родами, и меня звали, когда надо было делать кесарево сечение, наложить щипцы или когда требовалась помощь при травме матки. Через некоторое время, уже в Гвинее, я был свидетелем непрекращающейся борьбы между африканками, которые хотели стоять или сидеть на корточках во время родов, и врачами-европейцами, которые настаивали на том, чтобы они рожали лежа. В то время я был на стороне врачей и особенно не задумывался над этими эпизодами своей медицинской практики.

Когда я начал работать в Питивьере, я, естественно, полагался на акушера. Жизель, уже проработавшая в отделении некоторое время, была очень опытной акушеркой. Габриель, пришедшая в отделение вскоре после меня, была молодой и энергичной. Она только что закончила учебу и была

увлечена психопрофилактикой по Ламазу (метод подготовки к родам, разработанный в 1950-х годах Фернардом Ламазом, французским врачом. Основа этого подхода - убеждение, что женщине нужно учиться рожать, так же как нам приходится учиться писать, читать или плавать. Ламаз учил женщин использовать во время схваток разные типы дыхания, убыстряющегося по мере того, как схватки становятся сильнее. Концентрация внимания на дыхании, как считал Ламаз, отвлекает женщину от боли при схватках. В последние годы учителя психопрофилактики стали исповедовать более эклектичный подход, однако и традиционное обучение по Ламазу до сих пор практикуется в США и в Европе. Этот подход - противоположность нашей концепции.)

Я впервые заинтересовался акушерством, и не потому, что они говорили или делали что-то необыкновенное: меня поразило то, что пятнадцать лет, которые разделяли годы учебы Жизель и Габриель, сделали практику этих двух акушерок совершенно различной. Например, Жизель, которая была старше, обычно терпеливо ждала, когда появится ребенок. Под конец родов она просто говорила: "Не сдерживайся, расслабься, отпусти себя...". Габриель, наоборот, горела желанием готовить женщину к родам с самого начала беременности, помогать ей контролировать дыхание во время схваток. На второй стадии родов Габриель обычно командовала: "Вдохни, выдохни... следи за дыханием... тужься...". Эта разница заставила меня взглянуть на акушерство по-новому. Я начал понимать, что акушерство - нечто большее, чем механические приемы. И мне становилось все более ясно, насколько ход родов зависит от личности и убеждений того, кто эти роды принимает. Женщин привлекала молодая и энергичная Габриель, они проявляли к ней больше интереса, но, казалось, роды были более легкими, когда их принимала Жизель.

Хотя официально я оставался хирургом, со временем я стал все чаще принимать участие в жизни родильного отделения. Оказалось, что упрощение и отмена бесполезных процедур - принципы, на которых я строил свою работу как хирург, - могут применяться и в акушерстве. Опыт практической работы уже привел меня к мысли о том, что время и терпение - лучшие партнеры и что активное вмешательство должно быть щадящим и применяться только в особых случаях. Я убедился, что в акушерстве, как и в общей хирургии, сведенное до минимума вмешательство чревато меньшими опасностями и имеет меньше негативных последствий. Удивительно, но благодаря недостатку теоретического образования в области акушерства, я оказался более способным к учебе на практике. Я задавал вопросы о самых традиционных акушерских приемах. Я спрашивал у акушерок: "Зачем вы прокалываете околоплодный пузырь? Почему вы перерезаете пуповину сразу после рождения ребенка?". Часто они отвечали: "Потому что нас так учили".

Но по мере того как мы исследовали причины определенных манипуляций, стали происходить еле заметные изменения. Мы стали меньше держаться за догмы и начали экспериментировать. Однажды акушерка искупала новорожденного, чтобы успокоить его, хотя ему было всего два дня от роду. С того самого дня мы перестали придерживаться общепринятого во Франции и в Америке "правила", что ребенка нельзя купать до тех пор, пока не заживет пупок и не отпадет болячка. В другой раз ребенок взял сосок матери и, ко всеобщему удивлению, стал сосать через несколько секунд после родов, прямо в родильной комнате. Я задумался: почему такое чудесное радостное событие случается так редко? Ответ, конечно, был прост: в больнице принято забирать ребенка от матери сразу после рождения, чтобы измерить его рост, взвесить и устроить ему общий медицинский осмотр. Вновь и вновь подобные случаи заставляли нас усомниться в нормах традиционного акушерства. Мы не знали, куда мы идем, но мы шли своим собственным путем.

Постепенно, по мере того как менялась наша практика, изменялась и наша концепция родов. До переезда в Питивьер я немного знал о жизни, общаясь в основном с врачами и пациентами. Я смотрел на людей исключительно с медицинской точки зрения; я придерживался общепринятого мнения, что роды - это "медицинская проблема", для решения которой требуются технические "меры". Я с детства привык к тому, что врачи называют беременных женщин "пациентами". Не так давно я читал лекцию в одном из германских университетов, и переводил ее акушер. Как только я говорил "беременная женщина" или "роженица", он переводил эти слова как "пациентка" и не мог понять, почему студенты так горячо протестуют. Очевидно, такое восприятие свойственно не только акушерам. В медицинских статьях часто можно встретить термины "методы" и "материал", при этом термин "материал" употребляется применительно к людям. Во всех областях медицины подобная ментальность ведет к тому, что на лекарства, электронные наблюдения и хирургическое вмешательство полагаются в очень большой степени. В Питивьере, узнав своих "пациентов" как личностей, а не просто как истории болезней, я должен был пересмотреть свои взгляды.

Несмотря на то, что я работал хирургом, женщины часто разговаривали со мной на самые разные темы, в том числе о замужестве и проблемах контрацепции. В группе по планированию семьи, к которой я присоединился в познавательных целях, обсуждения выходили далеко за рамки медицинских тем, за рамки проблем деторождения и контрацепции; здесь обсуждались также проблемы сексуальности, личных чувств, социальных ожиданий. Люди говорили, почему они хотят или не хотят иметь детей; женщины рассказывали, как они рожали, как кормили детей грудью; здесь говорили о тонкой связи между плодородием и самовосприятием у мужчин и женщин. Я убедился в том, что роды - далеко не "медицинская проблема", это неотъемлемая часть сексуальной и эмоциональной жизни людей.

В нашем отделении я становился свидетелем верности этого утверждения ежедневно. Для мужчины и женщины рождение ребенка было сильнейшим впечатлением интимной жизни, захватывающим все их существо событием. Как врач я был далеко не центральным действующим лицом этой драмы: время от времени я чувствовал себя вмешивающимся чужаком. В то время как в результате доминирующего взгляда на роды как на медицинское событие родильные дома и отделения во всем мире превратились в лаборатории, оборудованные по последнему слову техники, а роженицы - в пассивные объекты, наше понимание родов как эмоционального и сексуального опыта привело к тому, что мы считаем себя самих только владельцами помещения, предоставляющими его в распоряжение рожаящих женщин, чем-то вроде команды медицинской поддержки, обязанность которой - вмешиваться как можно меньше.

Нашей задачей было не помешать.

Поскольку мы занимались совершенно новым для нас делом, то, естественно, старались анализировать и давать объяснение всему, что делали. В 1969 году в наше отделение пришли две молодые акушерки, Доминик и Мари-Жозе. Они тут же настроились на эту исследовательскую волну. Они получили дипломы незадолго перед приходом в нашу больницу и знали акушерство таким, каково оно в больницах, где студенты проходят практику. Но в них были живы желание познать непознанное и готовность пересмотреть свои знания. Мы все с волнением читали книгу Ивана Иллича "Немезида медицины" и находили множество примеров, которые иллюстрировали его мысль о том, что в технологически развитых странах врачи часто становятся не хозяевами, а рабами технических средств, которые они применяют в акушерской практике. Читая "Роды без насилия" Фредерика Лебуае, мы были совершенно согласны с автором в том, насколько важен опыт рождения для ребенка.

Лебуае создал язык, совершенно новый для большинства врачей, язык, обращенный к нашим чувствам не меньше, чем к интеллекту. Он показал нам, что новорожденный ребенок - не слепой, не глухой, не бесчувственный объект; это существо - человек, которого необходимо согреть, приласкать и накормить. Лебуае был первым из врачей, который сказал о ребенке то, что многие женщины интуитивно угадывали, несмотря на противоположное этому мнение официальной медицины. Лебуае помог нам найти направление, двигаясь в котором мы могли осмыслить наш опыт и работать дальше. Благодаря влиянию Лебуае родильные комнаты в Питивьере стали более спокойными, мирными, более приятными для новорожденных. Мы поощряли более длительный контакт ребенка и матери. Матери могли кормить новорожденных грудью сразу же после родов. То, как естественно ловко вели себя при этом и матери, и младенцы, убедило нас отказаться от применения лекарств и вмешательства без особых на то причин.

Что касается моей жизни, то она, казалось, влекла меня в двух направлениях. С одной стороны, я все больше времени уделял работе в родильном отделении. С другой, - я был все еще увлечен хирургической практикой, которая ставила передо мной другие, но в определенной степени связанные с моей акушерской практикой проблемы.

Мой метод лечения переломов отличался от общепринятого примерно так же, как роды в Питивьере отличаются от традиционных. Но одновременно серьезно заниматься пересмотром основ современной травматологии и акушерства было за гранью моих возможностей. Надо было выбирать. В 1972 году один из моих коллег взял на себя руководство травматологией и ортопедией в нашей больнице, тем самым сократив круг моих обязанностей как заведующего хирургическим отделением. Наконец я получил возможность более полно посвятить себя акушерству.

В то время в Питивьере царил приподнятое настроение. Мы чаще экспериментировали, пробуя новые приемы, не оставляя и уже испробованные. Однажды мы дали головке ребенка родиться самостоятельно, мы не поддерживали ее и не дотрагивались до промежности. В другой раз мы решили, что надевать резиновые перчатки необязательно. Каждое нововведение по-разному принималось каждым из нас. Доминик было трудно отказаться от перчаток, Мари-Жозе от прокалывания околоплодного пузыря для ускорения родов.

Психолог, молодая мама, недавно родившая ребенка в нашем отделении, стала проводить по пятницам занятия с будущими родителями, на которых она рассказывала о работе нашего отделения. Эти занятия вскоре стали привлекать не только пары из окрестностей Питивьера, но и людей издалека, у которых были свои причины нас разыскивать. Некоторые приезжали к нам по совету Лебуае; их вело желание родить ребенка так, как они этого хотели, - мягко. Другие приезжали, чтобы просто поговорить, поделиться с нами своей надеждой, страхом, разочарованием, волнением, жадной деятельностью.

Такая атмосфера, конечно же, способствовала большей свободе самовыражения во время родов. Но все же были и ограничения. Обстановка родильной комнаты была такой же, как и прежде: это была традиционная родильная комната с акушерским столом, яркими лампами, множеством хирургических атрибутов. Она создавала враждебно-медицинскую, официальную атмосферу, совершенно несовместимую с нашим новым взглядом на роды как на событие личной жизни, как на сексуальное переживание. Более того, мы заметили, что акушерский стол, самый значительный предмет обстановки, очень мешает беременной женщине почувствовать, что она может свободно двигаться. Само его присутствие предполагало, что женщине нужно лечь и рожать на спине. Это традиционное ортодоксальное положение - самое неудачное в физиологическом отношении как для матери, так и для ребенка: когда женщина лежит на спине, матка с плодом давит на крупные кровеносные сосуды, что, в свою очередь, уменьшает количество обогащенной кислородом крови, поступающей в плаценту, и

затрудняет кровообращение между организмом женщины и ребенком. К тому же это положение не дает возможности рожаящей женщине воспользоваться помощью естественной гравитации во время изгнания плода.

Чтобы помочь роженицам почувствовать свободу в выборе положения во время родов, мы оборудовали родильную комнату по-новому. Проект был разработан самими женщинами, которые родили детей в Питивьере. Наша "salle sauvage" (примитивная комната), как мы ее называем, удобна, уютна, здесь сразу возникает чувство уединения, и ничто не сковывает свободу движения. Стены в ней выкрашены в теплые, приятные тона. В комнате устроен низкий жесткий настил, на котором лежат яркие подушки (но нет кровати или стола, навязывающих мысль об определенном положении во время родов); здесь чувствуешь себя, как дома, в интимной обстановке, отсюда не хочется поскорее уйти. Атмосфера этой комнаты вполне соответствует нашему убеждению, что место, где женщина рождает, должно, скорее, быть таким, чтобы в нем было приятно заниматься любовью, чем похожим на больничную палату. Однако эта родильная комната - больше, чем просто приятная обстановка или возможность выбрать положение для родов: это место, где женщина может делать абсолютно все, что хочет, может издавать любые звуки, кричать, чувствовать себя физически и эмоционально свободной. Эта родильная комната была первым конкретным шагом на пути возвращения родов женщинам.

Отдать главенствующую роль в родах женщине - непростая задача. История акушерства - в большой степени история постепенного лишения роженицы главной роли в драме родов. Современное акушерство берет начало во Франции семнадцатого века, когда мужчина-врач впервые вошел в родильную комнату и присвоил себе роль, традиционно исполнявшуюся до этого акушерками. Тогда впервые женщин стали класть на спину во время родов, чтобы врачам легче было накладывать акушерские щипцы. Считается, что все началось с Луи XIV, который хотел получше рассмотреть, спрятавшись за занавеской, как родится его ребенок, для чего его любовницу во время родов положили на спину. С тех пор врач-акушер и стоит, держа в руках инструменты, весь внимание, перед пассивной, уложенной на спину роженицей (интересно, что английское слово "obstetric", обозначающее "акушерский", происходит от латинских "ob" + "stare", что значит "стоять перед").

Положение на спине и вызванная этим положением вынужденная пассивность роженицы - повсеместная практика в развитых странах. Повсеместная же замена акушеров врачами отражает глубокое непонимание того, насколько женщине необходима интимная атмосфера во время родов.

Весь набор стандартных акушерских приемов отражает то же пренебрежение к роли женщины в родах. Например, настойчивость, с которой врачи предписывают постельный режим, зашивают цервикальное отверстие и применяют медикаменты, обездвиживающие матку во избежание преждевременных родов; разлучение матери и ребенка; совет всем без разбора женщинам лежать в постели после родов; готовность, с которой врачи советуют женщинам прекратить грудное вскармливание, - все это факты, свидетельствующие о недооценке роли женщины в родах.

Традиционная психопрофилактика делает то же самое, только менее заметно. В этой системе женщина сама втайне соглашается на самоотречение. Она принимает систему, которая "контролирует" ее реакцию на боль, дыхание, положение и даже звуки, которые она издает, - основные аспекты поведения роженицы. И хотя концепция опыта рождения для ребенка Лебуае подтолкнула развитие нового сознания в нашем отделении и вообще в мире, профессионалы в области деторождения смогли, к сожалению, интерпретировать его идею "родов без насилия" как "метод Лебуае", в котором все внимание сконцентрировано на ребенке, мать же почти исключается из поля зрения. К сожалению, это одинаково верно как для западных, так и для восточных стран. Во время поездки в Китай я с разочарованием

обнаружил, что хотя большинство врачей-акушеров женщины, они старательно копируют приемы, используемые западными врачами, и допускают те же ошибки.

Наша "salle sauvage" была частью нашей попытки противостоять той волне, которая отбросила женщин в сторону и оставила им всего лишь третьестепенную роль в процессе родов, и вернуть по праву принадлежащую им главную роль.

Наш опыт неоднократно убеждал нас в правильности нашего подхода: он дает рожаящей женщине возможность продемонстрировать свое знание о том, как надо рожать ребенка, и умение это делать.

Мы часто наблюдали, не понимая причины этого явления, как женщины забывали, что происходит с ними и вокруг них во время родов без применения медикаментов. Например, один раз нам удалось заснять роды большой телевизионной камерой. Через несколько минут после рождения малыша молодая мама сказала: "Очень жаль, что никого не было, чтобы снять роды". Многие роженицы испытывают подобное изменение в уровне сознания. У них появляется отсутствующий взгляд, они забывают нормы приличия, теряют застенчивость и перестают контролировать себя. Многие издают характерный крик во время выхода ребенка. Однако, как мы заметили, в это время они совсем не беспомощны, не потеряны и следят за тем, что происходит внутри них. Они действуют сознательно, спонтанно, ищут и легко находят наиболее удобные положения, и оказывается, что эти положения наиболее выгодны физиологически. Никем не обучаемые, они сами знают, как держать и кормить ребенка сразу после рождения, а ребенок знает, как найти сосок матери. Это в одинаковой степени верно для женщин разных культур и разных социальных групп, которые рожают в нашем отделении. Когда я посмотрел фильмы о родах в племенах Новой Гвинеи и Южной Африки и увидел, как они похожи на роды в Питивьере, в "salle sauvage", я еще раз убедился в том, что в поведении матери и новорожденного есть универсальный компонент и что в правильно организованных условиях родов, когда женщина чувствует себя свободной и ничем не сдерживаемой, она может естественным образом достичь того уровня реакции, который заложен в ней глубже, чем индивидуальность, воспитание и культура.

Для меня оказалось очень трудной задачей описать этот сдвиг на более глубокий уровень сознания во время родов. Я хотел назвать его "регрессией", но это слово имеет унижительный оттенок, вызывая ассоциацию с возвратом к состоянию животного. Женщинам часто говорят, что они должны делать или чувствовать определенные вещи "инстинктивно", и что если они не могут этого, они проигрывают. Кроме того, слово "инстинкт" часто употребляют в противопоставлении слову "разум", и сравнение традиционно бывает не в пользу первого: о женщинах говорят, что они "инстинктивны", о мужчинах - что они "рационалистичны", как будто нельзя быть инстинктивным и рационалистичным одновременно. Но нет ничего стыдного или сексуально преувеличенного в том, чтобы признать, что инстинкт играет важную роль в нашем поведении, особенно в тех ситуациях, в которых переплетаются природа и культура, таких, как любовные ласки, роды или поиски новорожденным соска матери. Люди многое могут приобрести, и они делают это, заново открывая и максимально используя свой инстинктивный потенциал в этих случаях. Когда рожаящая женщина двигается и действует, повинувшись инстинктам, оказывается, что она ведет себя в высшей степени рационально, и в этом случае роды чаще всего бывают легче и быстрее, чем у женщин, которые не подчиняются своим инстинктивным желаниям. Поэтому мы делаем все возможное, чтобы создать в нашем отделении такой климат, в котором женщины могли бы, в этом смысле, "забыться".

Сейчас кажется совершенно очевидным, что инстинктивное состояние, которое позволяет женщине рожать естественным образом, связано с определенным гормональным равновесием. Точная природа этого равновесия пока неизвестна. Мы знаем, что гипофиз должен выделить гормон окситоцин, который вызывает сокращения матки и поддерживает их (некоторые исследования последнего времени

позволяют предположить, что окситоцин может вызывать у людей забывчивость. Таким образом, он может играть определенную роль в защите от боли). С другой стороны, мы знаем, что секреция веществ типа адреналина может ослабить схватки или усилить их болезненность; эти вещества могут также задержать появление сосательного рефлекса или усилить моменты сексуальности. Поскольку вещества типа адреналина обычно выделяются, когда человеку холодно или страшно, обстановка, в которой женщина чувствует себя в безопасности и благодаря этому может расслабиться, всегда желательна. Становится все более и более очевидно, что важную роль в установлении сложного гормонального равновесия, которое делает возможным естественные роды, играют эндорфины. Нейрогормоны, выполняющие такие же функции, как морфин, эти "эндогенные наркотики", действуют как естественные обезболивающие, они подавляют не только боль, но и чувство беспокойства и вызывают общее состояние удовлетворения. Высокий уровень эндорфинов в организме может, например, способствовать возникновению так называемых альфа волн головного мозга, которые связаны с состояниями безмятежности и блаженства. Кажется, что люди всегда чувствовали наличие этой естественной способности человеческого организма чувствовать удовлетворение и спокойствие и искали способы их вызвать. Бег трусцой, например, повышает уровень эндорфинов; молитва, медитация, йога, акупунктура могут действовать так же.

Открытие эндогенных наркотиков, продуцируемых организмом человека, объяснило загадку, которую я не мог разрешить в течение долгого времени. Оперировав во время войны, я был удивлен, несколько раз наблюдая, как вели себя солдаты с тяжелейшими ранениями: несмотря на то, что им не давали никаких медикаментов, создавалось впечатление, что они принимали обезболивающие лекарства или что их организм сам продуцирует вещества, облегчающие страдания. Я наблюдал аналогичные явления и во время родов. Женщины ведут себя так, как будто на них действуют "естественные" лекарства, и говорят, как превосходно они чувствуют себя в перерывах между схватками. Мне приходилось видеть женщин, которые во время родов испытывали настоящие экстатические состояния. Но чтобы вызвать к жизни внутренние силы организма, необходимо избавить его от внешних воздействий. Введение обезболивающих и искусственных гормонов (искусственный окситоцин) во время родов, что является традиционной практикой в большинстве современных больниц, нарушает естественное гормональное равновесие, обеспечивающее естественный ход родов. Конечно, боль может замедлить течение родов, но когда медикаменты не используются, организм сам может естественно и эффективно бороться с ней. Действительно, исследования показали, что чем дольше и труднее роды, тем выше уровень эндорфинов в крови женщины.

Эндорфинная система не только играет решающую роль во время родов, она также действует как своего рода внутренняя "система вознаграждения", усиливающая все аспекты сексуального и репродуктивного поведения. Ученые находят связь между эндорфинами и окситоцином, гормоном, одна из функций которого - стимулировать сокращения мышц во время оргазма, родовых схваток и изгнания плода, а также между эндорфинами и пролактином, гормоном, стимулирующим секрецию молока. Кормление грудью, по некоторым данным, в свою очередь, поднимает уровень эндорфинов. И поскольку известно, что эндорфины играют важную роль в формировании привязанности и заботливого поведения, высокий уровень этих нейрогормонов как в организме матери, так и в организме ребенка непосредственно после естественных родов дает основание предположить, что эндорфины являются гормональной основой процесса формирования привязанности матери и ребенка в первые часы и дни после родов. Существование этих сложных нейрогормонов подтверждает нашу веру во взаимосвязанность всех аспектов сексуальной жизни и, поскольку секреция гормонов и формирование гормонального равновесия - процесс очень тонкий, в большой степени зависящий от внешних условий и психологического

состояния, является еще одним веским аргументом в пользу отказа от вмешательства в физиологию родов.

С тех пор как мы приняли решение дать женщинам возможность самим рожать своих детей так, как им хочется, и стал формироваться особый характер нашего отделения в Питивьере. Повсюду, куда бы мы ни посмотрели, роды становились все более и более "медикаментозными", технологическими, в то время как в нашем отделении это было просто событие из жизни матери и ребенка. Повсюду все шире распространялось использование медикаментов и применение вмешательств, в Питивьере же вмешательства были сведены к минимуму, а медикаменты считались ненужными и вредными для родов. Сегодня акушерство все так же уделяет основное внимание роли врача и его умению контролировать процесс родов. Такой подход привел к тому, что нормальные роды проходят в родильных комнатах, оборудованных по последнему слову техники, и под наблюдением электронных приборов. Современное акушерство не знает и не хочет знать, что роды и кормление грудью сразу после рождения - неотъемлемая часть сексуальной жизни женщины. Как медицинская наука оно остается в неведении относительно потенциально отрицательного влияния врачей-мужчин и незнакомых людей, присутствующих при родах, на их развитие, оно также абсолютно ничего не знает о важности женщин-помощниц при родах и акушерок. В результате многолетней работы в Питивьере сами основы современного акушерства поставлены нашей практикой под сомнение, причем до такой степени, что само слово "акушерство" кажется нам иностранным и устаревшим.

Наше отделение выросло. Сейчас здесь семь акушерок. Количество родов за последние двадцать лет увеличилось в пять раз. Как и всех акушеров, нас преследует вечный страх риска. Но наш опыт ясно показал, что подход, ведущий к "демедикализации" родов, возвращающий достоинство процессу родов и контроль над ним - рожаящей женщине, к тому же самый безопасный.

Наш метод работает по всем направлениям: у нас наблюдается значительное уменьшение опасности как для матери, так и для ребенка; действительно, показатели нашего отделения лучше, чем лучшие показатели мирового уровня. В то время как в большинстве индустриально развитых стран не могут снизить уровень перинатальной (этот термин относится к плоду начиная с 28 недель внутриутробного развития до возраста семи дней после родов) смертности с 10 на 1 тысячу, не увеличивая при этом уровень вмешательств и кесаревых сечений (которые часто составляют 20% от общего количества родов), у нас в Питивьере, где нет никакого отбора при приеме, уровень смертности тот же, а частота кесаревых сечений - 6-7%. Это самое очевидное свидетельство того, что наш подход, трансформирующий опыт родов, - безопасная альтернатива.

Мама из Англии.

После двух нормальных родов, во время которых я, тем не менее, перенесла все стандартные вмешательства традиционного акушерства, я решила, что третьи роды будут другими. Я решила, что если все будет в порядке, я найду акушерку и буду настаивать на домашних родах. Но ультразвуковое обследование показало ягодичное предлежание плода на 35-й неделе. Никто не был уверен, что плод перевернется. Врач в местной больнице сказал, что нужно назначить число, когда будет проведена стимуляция родов, а также - что будут применены эпидуральная анестезия и щипцы. Если не удастся родить так, кесарево сечение в случае ягодичного предлежания - обычный выход из положения.

Вернулась старая депрессия. Я безнадежно мечтала о том, что этот ребенок родится естественным путем. У меня не было выбора: я должна была рожать в той же больнице, что и в прошлый раз, когда я чувствовала, что ребенка из меня извлекали. Тогда, пока мне накладывали швы, я спросила у врача: "Почему мы не умеем рожать так, как рожают звери?". Я уже понимала, что роды

будут испорчены. меня волновало, что так много традиционных вмешательств будет сопутствовать событию, (которое я считала физиологически естественным). Врач тогда ответил: "Животные - совсем другое дело". Он объяснял это тем, что женщины некомпетентны в родах. Я посещала этого врача во время беременности, и он, казалось, понимал мое желание родить. Несмотря на это, он организовал роды так, как ему самому было удобно, и моя нервная система была расстроена долгие месяцы после родов. У меня была послеродовая депрессия, причина которой, я знала, не только гормонального происхождения. Я чувствовала, что меня обманули, и я воспринимала это почти как горе. И вот снова мои надежды на более счастливый опыт были напрасными. Как я представляла себе, это должен был быть еще один ребенок "с конвейера". Я слышала о Питивьере, я знала, что женщины приезжают туда рожать из других стран. Тем не менее, я почти не рассматривала такую возможность для себя: я была на тридцать восьмой неделе беременности. Все же я позвонила доктору Одну через несколько дней, решив, что никогда себе не прощу, если не соберу все свои силы и не попытаюсь поехать в Питивьер. Я спросила, нельзя ли мне приехать. Он ответил: "Почему бы нет?". Узнав, что ребенок не перевернулся, он сказал: "Это не имеет значения". Я сразу почувствовала себя уверенной и энергичной и стала готовиться к путешествию. Мой муж и я знали, что в случае опасности времени у нас будет мало. При мысли о таком риске я почувствовала, что депрессия возвращается; прежде чем мы отправились в путь, она овладела мною снова. Я знала, что не смогу справиться с депрессией, какую пережила после вторых родов, еще раз и не смогу быть полноценной женой и матерью уже троих маленьких детей. Во время моей последней консультации у врача в Англии я почти впала в отчаяние, когда медсестра объясняла мне при помощи куклы, как рождаются дети при ягодичном предлежании. Я вдруг запротестовала так, как не протестовала еще ни разу за время своих трех беременностей. Я сказала врачу: "Если вы пошлете меня в эту больницу еще раз, это будет для меня конец". Медсестра заставила меня устыдиться этих слов, воскликнув: "Если бы ваш ребенок это слышал!". Я вдруг поняла, что впервые в жизни противостояю системе. Мне уже было все равно, если кто-то подумает, что я скандалю. До сих пор я все время была такой вежливой и так помогала медицинскому персоналу, и это ни к чему не привело: даже моих собственных детей родили для меня. Сейчас у меня был, возможно, последний шанс взять то, что жизнь предлагала мне. Я должна была сама взять на себя ответственность за то, что происходит, а Питивьер предлагал альтернативу, которая меня привлекала. Меня привлекало даже то, что это так далеко от дома. Это было звериное желание убежать от всего этого, избавиться от людей, которых я знаю, и найти место для родов. Я должна была добраться до Питивьера раньше, чем начнутся роды. Этот ребенок должен был быть моим. Я сказала своему врачу: "Положение дел с родами меняется, не так ли?". "Да, - ответил он, - за границей". Мой муж потом сказал ему, что туда-то мы и едем.

До рождения

Каждая женщина приходит в Питивьер с собственной личной историей, историей своей семьи и культуры, которые окажут значительное влияние на ход родов. У женщин, принадлежащих к некоторым культурам, роды, как правило, проходят легче, чем у всех остальных. В некоторых семьях также совершенно очевидно существует традиция рожать легко. Женщина приносит на роды весь свой жизненный опыт, включая отроческие годы, детство и собственное рождение. Нам интересно, что женщина знает о собственном рождении, потому что есть связь между тем, как она родилась сама и как будет рожать своего ребенка. Если, например, женщина рассказывает, что ее мать рожала в больнице под анестезией и что это были роды с применением щипцов, у нас есть повод предполагать, что роды будут

трудными. Если же она говорит, что родилась дома и роды были легкими, скорее всего, она сама родит легко.

Повседневные привычки женщины так же влияют на ход родов, как и ее представления о том, что такое роды. Женщины, регулярно занимающиеся физкультурой, лучше подготовлены к родам, чем те, кто ведет сидячий образ жизни. Беременная женщина, не измотанная стрессом, к моменту родов также будет в лучшем состоянии.

Естественно, мы не можем стереть из памяти женщины опыт ее жизни и ее взгляды; но нам под силу создать такую атмосферу, которая даст возможность ей самой и присутствующим при ее родах по-новому подойти к этому событию. Особенно важно, чтобы женщины чувствовали себя в нашем отделении, как дома. Они чувствуют себя лучше во время родов, если видят вокруг себя знакомые лица, если находятся в комнате, которая им хорошо знакома. Те, кто решает рожать дома, хорошо понимают, что я имею в виду. Дома, конечно, знакомы не только стены и мебель, но и все шумы, запахи и цвета. Но поскольку в наши дни роды в больнице стали почти правилом, наша задача - сделать родильное отделение как можно более похожим на дом. Чтобы будущие матери чувствовали себя здесь, как дома, мы показываем им все наше отделение, знакомим с акушерками и помощницами, которые будут присутствовать при родах. Более того, мы приглашаем их приходить в отделение в любое время, когда захочется. Чтобы женщины приходили к нам чаще, мы каждую неделю организуем различные занятия и встречи. Некоторые беременные приходят к нам очень часто, бывает, что и каждый день. Другие - впервые в день родов. Эти женщины, уверенные, что роды пройдут нормально, обычно чувствуют себя крепко связанными с сообществом, в котором они живут, и, следовательно, меньше нуждаются в общении в больнице до родов, чем многие другие будущие мамы, живущие более изолированно. Сейчас, когда люди больше не разговаривают друг с другом на базаре и на улицах, одиночество стало главным источником беспокойства. Беременная женщина особенно нуждается в общении с другими людьми; в обществе расположенных к ней, готовых поддержать ее людей она чувствует себя довольной и в большей безопасности. В Питивьере есть большая комната, предназначенная как раз для такого общения, - "комната встреч". Здесь собираются, чтобы обсудить волнующие темы, здесь проводятся занятия, сюда приходят просто поговорить. Мы специально поддерживаем здесь удобный беспорядок: неформальная атмосфера помогает людям чувствовать себя свободно.

Каждую неделю, в четверг вечером, у нас проходит знакомство с Питивьером. Эта встреча - обычно первое знакомство женщины или пары с нашим отделением. Время от времени на эти вечера приходят те, кто не планирует рожать у нас; они приходят к нам, чтобы получить фактическую информацию, которая помогла бы им договориться о проведении нетрадиционных родов где-то в другом месте. Мы начинаем с экскурсии по отделению. После посещения традиционной родильной комнаты со стенами белого цвета, яркими лампами, загадочными электронными приборами и родильным столом с подставками для ног (единственная причина того, что у нас все еще существуют традиционные родильные комнаты, в том, что наше отделение - часть государственной больницы, и мы обязаны иметь стандартное оборудование. Хотя мы иногда пользуемся родильным столом для наложения швов в случае разрыва, он никогда не используется для родов. Если альтернативная родильная комната занята, всегда есть возможность расположиться в любой другой комнате, даже в традиционной родильной, задернуть занавески, положить на пол простынку, включить дополнительное отопление и очень быстро создать необходимую атмосферу) мы идем прямо в нашу "salle sauvage", где рождаются почти все дети в Питивьере. Разница между двумя этими комнатами огромна. Во второй стены теплых тонов красно-коричневой гаммы, кремовые занавески, оранжевый пол. Свет может быть приглушен. Мы стараемся создать в этой комнате особое настроение, потому что на роды, как на любое событие сексуальной жизни,

сильное влияние оказывает окружающая обстановка: освещение, цветовая палитра, мебель. Более того, мы убрали отсюда всю мебель, которая навязывала бы роженице определенное положение. Когда роды проходят дома, это обычно комната с кроватью, которая предполагает положение лежа во время родов. В больнице плоский стол тоже не позволяет женщине выбрать какое-либо другое положение. В нашей родильной комнате устроен большой низкий квадратный помост, покрытый подушками, на котором можно свободно двигаться. Здесь есть и гармонирующий со всей обстановкой деревянный родильный стул, сделанный руками плотника, ребенок которого родился в Питивьере. Здесь есть также стереосистема, коллекция пластинок и холодильник, в котором всегда можно найти воду, сок и стаканы.

В соседней комнате атмосфера совершенно другая, хотя устроена она столь же просто. Здесь преобладают синие тона. На лазурного цвета стенах росписи, напоминающие морские волны. Синие занавески и густозеленые растения тоже создают атмосферу безмятежного спокойствия. В середине комнаты - круглый бассейн небесно-голубого цвета, изготовленный на заказ специально для нашего отделения. Мы обнаружили, что лежание в теплой воде помогает женщинам расслабиться и уменьшить боль во время родов. Бассейн глубиной 70 сантиметров и диаметром 2 метра дает возможность свободно двигаться. Женщина может полностью погрузиться в воду, не боясь утонуть.

После этой короткой экскурсии - время для вопросов и ответов; мы обсуждаем практические, медицинские и административные проблемы. Я всегда сразу объясняю, что мы делаем в Питивьере, чтобы помочь рожаящим женщинам и новорожденным. Люди, пришедшие на эту первую встречу, очень скоро понимают, что нам почти нечему учить их в смысле традиционной "подготовки к родам" и что мы абсолютно не приемлем обязательные аспекты такой подготовки. Кроме того, мы не учим, какое положение "правильно" для родов. В противоположность глубоко укоренившемуся представлению о том, что женщина должна лежать во время родов (во французском языке глагол "рожать", аoucher, на самом деле имеет значение "лежать"), мы придаем особое значение возможности для рожаящей женщины свободно двигаться. Мы объясняем некоторые недостатки положения на спине во время родов с точки зрения физиологии и убеждаем женщин, что самое лучшее положение для каждой из них то, которое они найдут сами. Мы не учим никаким дыхательным приемам. Невозможно предписывать определенную методику дыхания без того, чтобы не предписать определенное положение во время родов; люди дышат по-разному в зависимости от того, ходят ли они, стоят, сидят на корточках, сидят, выпрямив спину, лежат, опираются на что-то или лежат в воде. Наш подход в этом отношении вступает в противоречие с традиционным методом психопрофилактики, который учит женщин контролировать дыхание, мысли и способ выражения эмоций. Я объясняю, что мы в Питивьере делаем прямо противоположное. Во время родов мы советуем женщине отдалиться полностью тому, что с ней происходит, перестать контролировать себя, забыть все, чему ее когда-либо учили: образы культурного плана, все поведенческие модели. Чем меньше женщина знала о том, как "правильно" рожать ребенка, тем легче будут для нее роды.

Я также рассказываю о явлении, типичном для финальной стадии родов (за несколько минут до появления ребенка): перед началом последних схваток женщине часто хочется встать, согнуть ноги в коленях и повиснуть на партнере по родам, который поддержал бы ее. Готовясь к этому моменту, мы учим определенным приемам, но не беременную женщину, а того, кто будет помогать ей во время родов: как поддерживать роженицу за подмышки во время схваток, чтобы не болела спина. Отец ребенка обычно бывает заинтересован в столь активном участии в родах, как, впрочем, и другие помощники.

Темы, которые обсуждаются на этих "четвергах", всегда разные. Иногда бывает много вопросов по кормлению грудью или о пользе и эффективности ультразвукового обследования, или о важности правильного питания. Проблемы питания все чаще становятся темой для разговора во время наших

"четвергов", и я считаю, что это правильно: значение правильного питания, одного из важнейших аспектов, раньше недооценивалось. Довольно странно, но в обсуждениях редко затрагивается проблема боли. Конечно, мы говорим о боли во время родов, но всегда подчеркиваем, что у разных женщин интенсивность боли разная, и что характер боли значительно изменяется, если женщина не лежит на спине, а может ходить или расслабиться, лежа в бассейне с теплой водой. Что гораздо более важно, отношение женщины к боли меняется, когда она становится уверенной в своей способности мысленно пережить роды.

Я твердо настаиваю на том, чтобы на наши "четверги" люди приходили не более одного раза. Во-первых, это единственная возможность оставить группы маленькими. Во-вторых, при этом условии отсутствует атмосфера учебности. При соблюдении этого строгого правила будущие мамы и все остальные приглашаются к нам в отделение в любое время. Пятницы посвящаются неформальным разговорам. Здесь нет организатора и нет заранее спланированной программы. На столе посередине комнаты - соки и пирожные. Это что-то вроде вечеринки. Люди переходят от одной группы к другой и свободно разговаривают. Мамы с маленькими детьми знакомятся с беременными женщинами - это всегда плодотворное общение. Здесь мы тоже далеки от идеи обучения, но люди многое узнают, рассказывая друг Другу о своем эмоциональном и физическом состоянии во время родов.

По вторникам мы все собираемся вокруг пианино и поем песни. Эти певческие собрания начались после того, как мы стали интересоваться, что ребенок может воспринимать in utero (в утробе). Мы подозреваем, что у плода развивается способность воспринимать диффузную вибрацию задолго до того, как у него разовьется способность слышать звук ушами. Возможно, на самых ранних стадиях развития плод способен воспринимать звуковую вибрацию, а именно - голос поющей матери, который гораздо богаче по своим частотным характеристикам, чем во время обычного разговора.

С течением времени мы обнаружили, что пение имеет другие, явно ощутимые уже сейчас положительные результаты. С одной стороны, оно дает беременным женщинам возможность тренировать мышцы диафрагмы и научиться концентрировать внимание на выдохе, что может помочь расслабиться во время родов. Пение также вызывает чувство комфорта, уверенность в себе, экспансивность: оно дает возможность переживать и выражать широкий спектр эмоций. Кроме того, на занятиях пением беременные женщины и пары встречаются с недавно родившими мамами, многие из которых продолжают приходить петь и приносят с собой своих малышей. Другие члены семьи знакомятся с местом будущих родов; мы приглашаем детей присоединиться к нам, и бабушки с дедушками иногда тоже приходят. Трудно передать тепло этих встреч. Поют все: поют акушерки, пою и я. Когда мы поем все вместе, обычные барьеры между нами как профессионалами и нашими подопечными пропадают, и возникают новые взаимоотношения. Выдающаяся личность, Мари-Луиз Ошер, оригинальный и очень приветливый человек, проводит эти занятия. Мари-Луиз, профессиональная певица, посвятила значительную часть своей жизни помощи людям, обучая их пению. В то время как музыкальная терапия рассматривает личность только как слушателя, Мари-Луиз представляет своих подопечных как музыкантов (она работала с детьми и взрослыми, с пациентами, страдающими расстройствами психики и синдромом Дауна). Сейчас она со всей страстью занимается пением с беременными женщинами.

Я впервые услышал о Мари-Луиз от наших общих знакомых в 1976 году. Как и мы, она интересовалась влиянием звука, в частности, голоса матери, на плод. Однажды она приехала в Питивьер, и я предложил ей начать работать у нас в отделении. Мы купили пианино и пригласили беременных женщин приходить и петь с Мари-Луиз. С тех пор пение стало одной из радостей Питивьера. Мари-Луиз постоянно напоминала нам о том, что мы воспринимаем вибрацию не только ухом, но и всем телом. Она

знает, как вызвать в нас разные настроения. Иногда она создает атмосферу тихого спокойствия, иногда - радостного волнения. Будучи самой старшей из персонала отделения, она порой играет роль доброй бабушки. Когда она рядом с нами, каждый чувствует себя частью сообщества.

Обычно эти занятия заканчиваются танцами, здесь танцуют и традиционные народные танцы, и такие, как вальс.

Движение в танцевальном ритме тоже может быть полезным для развития кинестетической чувствительности плода, которая в дальнейшем станет основой чувства равновесия. Но кроме всего этого, пение и танцы - огромное удовольствие, а об удовольствии нельзя забывать, оно может быть только полезным для беременности.

В среду в Питивьер приходит молодой врач-педиатр, который рассказывает о постнатальном уходе. Эта встреча - еще одна возможность для семьи познакомиться с нашим отделением, а для беременных женщин - пообщаться с опытными мамами.

Во второй половине дня по четвергам - занятия группы "Йога и материнство", которые проводит молодая женщина по имени Гандха: она опытный учитель, а работать здесь стала после того, как в 1975 году родила ребенка в Питивьере. Гандха почувствовала, что знание йоги помогло ей во время родов и что оно будет полезно и другим беременным женщинам. Она предложила вести занятия йогой в нашем отделении, и я приветствовал это начинание. Эти занятия стали популярными и продолжаются до сих пор. Группа работает в полном соответствии с нашей философией помощи женщинам в поисках ресурсов, которые будут полезны во время родов и исключают необходимость вмешательства. Йога может помочь женщинам раскрепоститься и научить их по-новому владеть своим телом. Например, многим женщинам она помогает заново открыть удобство положения на корточках, которое так любят дети и которое во многих отношениях выгодно для родов. Как оказалось, более активный во время беременности гормональный обмен придает суставам женщины большую гибкость, что позволяет ей более легко выполнять упражнения.

Кроме этой программы в отделении, мы предлагаем женщинам, собирающимся рожать в Питивьере, принимать участие в различных видах деятельности вне стен больницы. Очень полезно плавание. Во многих городах Франции в муниципальных бассейнах отведены специальные часы для беременных женщин. В это время температура воды обычно поднимается до 30 градусов, и иногда акушерка или опытный тренер показывают женщинам различные упражнения на расслабление. Дени Брусе, инструктор по плаванию из Монпелье, предлагает вниманию беременных женщин несколько интересных идей. Он считает, что люди, которые никогда не учились плавать, часто более комфортно чувствуют себя под водой, поскольку они еще не научились бороться против погружения. Дени предлагает женщинам научиться пассивно погружаться в воду, полностью уходить под воду, со звуком выдыхать воздух под водой, дотрагиваться до дна. Женщины, обучаясь этому, учатся бороться с паникой, которая выталкивает их на поверхность воды, и рассказывают, что при этом чувствуют силу, спокойствие и удовлетворение. Это хорошее упражнение для преодоления чувства беспокойства.

Дорогой папа!

Есть одно событие, которым я не пожертвую ни ради чего на свете. Каждую неделю я аккуратно отмечаю этот день в календаре, но даже не глядя в календарь, я ни разу его не пропустила. Куда же я хожу? Петь в родильное отделение. Наша любимая Бабушка, Мари-Луиз, всегда ждет нас там, преданная своей работе, или, я бы сказала, своему пианино. Когда она начинает говорить с нами, комнату наполняет один из прелестнейших голосов, какие я когда-либо слышала. Мы все слушаем ее

внимательно, смакуя каждое слово, как вкуснейший деликатес. Мы очарованы, захвачены, переполнены. Когда она садится за пианино, ноты падают, как жемчужины. Ее голос струится, он поет для всех еще не родившихся детей и матерей, носящих их в своем чреве. С простотой настоящего художника ей удается всех нас вовлечь в эту оперу.

Когда мы поем "La flute et la belle eau", мы совершенно не замечаем, на какую высоту забираемся, пока не улетим высоко в облака, сидя на верхнем си-бекар. Как нам удалось взлететь так высоко и опуститься на землю, не ударившись?

Неожиданно Мари-Луиз заговаривает с одним из малышей. У нее всегда наготове ласковые слова, всегда есть что сказать детям, всем новым голосам, готовым запеть. Она поправляет на носу очки - и снова отправляется в путь, в небесные сферы детских стихов и колыбельных. Лягушонок вышел на прогулку, и Маленькая Выхухоль танцует с Мышкой. И Матушка Хаббард забралась в буфет, и Человечек на Луне посылает нам искорки света!

Так же улыбаясь, она переходит к более серьезным темам: верная любовь, грустная любовь, мир взрослых. Моряки во сне пристают к берегу на своих судах, и их не забудут. Любовь граничит с болью, боль - с любовью, и синяя птица счастья влетает нежные мелодии в нашу жизнь.

Вдруг Мари-Луиз начинает отбивать ритм ногой. Мелодии становятся быстрее и быстрее. Мы идем по кругу быстро-быстро, но куда, никто не знает. Ух! После такой песни требуется передохнуть! Мари-Луиз встает. Ее озорные глаза блестят за сверкающими стеклами очков. Нам всем тепло от улыбки ее души, поэзии детства, счастья бытия с ее стихами и музыкой. Через минуту она готова с нами танцевать, мы отодвигаем стулья и парим под музыку ее гитары. Вскоре все танцуют.

Однажды Мари-Луиз была в еще лучшем расположении духа, чем обычно. Мне стало любопытно, и я спросила ее, что случилось. Ее ответ был прост: "Я только что из суда. Мой сосед засорил все канализационные трубы. Ситуация настолько странная, что это привело меня в самое прекрасное расположение духа". И я смогла ее понять! Когда ты поешь, жизнь поет, и ничто не может остановить этот бурлящий поток радости внутри тебя.

Мари-Луиз так молода, что трудно поверить, сколько ей на самом деле лет. Она уже семьдесят два раза видела, как распускаются весной цветы, но ее сердце совершенно молодо. Ты был бы от нее в восторге, папа!

Твоя любящая дочь

Огромное влияние на ход родов оказывают перинатальные медицинские обследования. Во Франции в настоящее время посещение врача обязательно в течение третьего, шестого, восьмого и девятого месяцев беременности. Некоторые врачи и женщины считают полезными дополнительные осмотры. В любом случае важна не частота осмотров, а их стиль, именно он, оказывается, определяет характер их влияния на ход родов.

Слишком часто во время таких консультаций с беременной женщиной обращаются, как с больной. Традиционное проведение осмотров обычно вызывает больше проблем, чем разрешает. Начнем с того, что во время перинатальной консультации выясняется, что существует какая-нибудь потенциально опасная проблема, на которой врач, несомненно, заострит внимание: шейка матки слишком короткая, слишком мягкая или приоткрыта; ребенок слишком мал или слишком велик для своего внутриутробного возраста; мать набрала слишком большой или недостаточный вес; ее кровяное давление слишком высокое или слишком низкое; форма или размер таза не очень удачны и так далее. За этим обычно следует ультразвуковое обследование, дающее врачу еще одну возможность обнаружить что-нибудь

ненормальное в положении плаценты, относительно размера или формы плода. Наконец, беременные сдают столько анализов крови и мочи, что по меньшей мере один из них обязательно будет "зашкаливать". Консультации такого типа обычно заканчиваются тем, что врач выписывает какое-нибудь лекарство, а иногда даже назначает постельный режим.

Существуют консультации иного рода, которые мы называем нейтральными и которые часто призваны нейтрализовать эффект консультаций первого типа. Мы в Питивьере ставим своей целью проводить именно консультации второго типа. Осмотр может быть очень коротким: опытному врачу требуется очень мало времени, чтобы увидеть и понять основное. Первый шаг - проверить, нет ли отклонений, которые требуют немедленной медицинской помощи. На самом деле существует довольно мало случаев, в которых полезно или вообще возможно медицинское вмешательство. Инфекции мочевыводящих путей могут быть вылечены, и мы рекомендуем госпитализацию в том случае, если в моче есть белок, если внезапно поднимается кровяное давление и появляется отечность - показатели предэклампсического состояния, являющегося определенной стадией токсикоза и наиболее частой причиной смерти среди беременных женщин. Мы можем также посоветовать женщине, занятой на утомительной работе, взять отпуск на некоторое время, если ей будут платить пособие во время такого отпуска (Во Франции женщина имеет право не работать и получать выплаты в период от шести до восьми недель до родов и до десяти недель после родов. Кроме того, врач может предписать ей отдых в любое время, и Французская национальная страховая компания оплатит этот отпуск).

Мы делаем только самые обычные анализы крови и мочи и редко прибегаем к ультразвуковому обследованию. Это одинаково удивляет врачей и беременных, потому что ультразвуковое обследование в большинстве отделений и больниц в последнее время стало делом обычным. Люди, кажется, приписывают этим обследованиям почти магическую силу, веря в то, что они разрешат все возможные проблемы. Конечно, ультразвуковое обследование может дать массу информации, удовлетворяющей любопытство врачей и родителей. В общем же оно редко что-либо добавляет к диагнозу опытного врача. Даже в тех случаях, когда мы получаем дополнительные сведения, которые нельзя было бы получить другими способами, это редко что-либо меняет в нашем поведении.

Например, представим себе, что на ранней стадии беременности ультразвук показывает низкое предлежание плаценты. Это открытие может вызвать огромное беспокойство у женщины; врач же ничем не может этому помочь до самых родов. Кроме того, нет смысла беспокоиться об этом, поскольку расположение плаценты становится важным только к концу беременности, когда в большинстве таких случаев плацента имеет тенденцию отодвигаться от шейки матки. Во время родов опытный врач легко определит при помощи ручного обследования, не закрывает ли плацента выход из матки. Если она целиком закрывает цервикальное отверстие, он может посоветовать кесарево сечение. Если отверстие закрыто только частично, роды могут продолжаться, а оперативное вмешательство может быть осуществлено в случае, если роженица теряет слишком много крови или плоду угрожает какая-нибудь опасность.

Возьмем другой часто встречающийся случай: ультразвук показывает близнецов на ранней стадии беременности. Независимо от результатов обследования только один из плодов продолжает развиваться. Вместо того чтобы полагаться на результаты такого обследования, все, что нужно, - терпеливо ждать, пока на седьмом или восьмом месяце беременности врач легко сможет определить близнецов путем наружного обследования.

Иногда ультразвук может показать пороки развития нервной трубки, такие, как анэнцефалия (отсутствие головного мозга) или spina bifida (расщепление позвоночника).

Для того, чтобы это открытие имело практическое значение, оно должно быть сделано на очень ранней стадии беременности, что позволило бы ее прервать. Однако ультразвуковое обследование никогда не дает стопроцентной гарантии верности диагноза, что делает аборт еще более проблематичным. В любом случае необходимо подчеркнуть, что дети с подобными пороками развития умирают по естественным причинам *in utero* или в первые дни после рождения. Другая распространенная причина использования ультразвука - необходимость подтвердить правильность даты зачатия и таким образом определить дату ожидаемых родов. Даже если у женщины до беременности был нерегулярный менструальный цикл, опытный врач почти всегда может установить дату зачатия, задавая определенные вопросы и осматривая женщину на ранних стадиях беременности.

Во многих случаях результаты ультразвукового обследования, какими бы интересными они ни были, бесполезны с точки зрения их практического значения. В Питивьере мы, как правило, делаем это дополнительное обследование, только когда его результат может оказать определенное влияние на решения врача или беременной женщины, и таких случаев обычно бывает очень мало.

Кроме того, что мы вообще придерживаемся принципа сведения вмешательства до минимума, у нас есть особые причины для ограниченного применения ультразвукового обследования. Важно помнить, что в настоящее время у нас нет возможности узнать, как ультразвуковое воздействие, даже очень краткосрочное, может повлиять на мать или плод. Хотя многие врачи и техники по ультразвуку считают, что процедура безвредна, сейчас ведутся широкомасштабные исследования влияния ультразвука на генетическую структуру, внутриутробное развитие ребенка, состояние сосудов и состав крови, иммунную систему и многое другое. Поскольку эти исследования только недавно начаты, слишком рано делать какие-либо выводы. Мы можем только с интересом ждать, что они покажут через сорок лет, когда одно или два поколения людей будет буквально укачано *in utero* в волнах ультразвука.

Еще одно обследование беременной, которое вызывает противоречивые мнения, - амниоцентоз. Оно состоит в определении при помощи ультразвука положения плода и введении иглы через брюшную стенку матери внутрь околоплодного пузыря для забора пробы амниотической жидкости. Жидкость содержит отработанные клетки плода, которые выращивают на культуре до тех пор, пока становится возможным определить их хромосомное строение. Амниоцентоз производится, как правило, при сроке беременности шестнадцать недель, результаты анализа обычно бывают готовы через три недели. Сейчас стало правилом подвергать этому обследованию всех женщин старше тридцати лет, поскольку риск рождения ребенка с синдромом Дауна сильно возрастает с увеличением возраста матери.

Мы в Питивьере придерживаемся мягкой линии в отношении амниоцентоза. В некоторых исключительных случаях, если в семье были генетические отклонения, это обследование может помочь женщине избавиться от страха родить больного ребенка и почувствовать себя менее напряженно. Но в большинстве случаев мы не настаиваем на том, чтобы женщины, независимо от их возраста, подвергались этому обследованию. Однако мы даем им всю имеющуюся информацию, с тем чтобы они могли сами просчитать возможную опасность и решить, как поступить. Женщина должна понимать, что амниоцентоз имеет смысл делать только в том случае, если при обнаружении отклонений в развитии плода она будет решать вопрос об аборте, а также то, что сама процедура влечет за собой опасность выкидыша с частотой от 0,5 до 2 процента. Определенные исследования показывают, что среди беременных, перенесших амниоцентоз во второй трети беременности, выше процент ортопедических отклонений, а новорожденные у этих матерей чаще имеют затруднения, связанные с дыханием. Мы учим женщин истолковывать данные статистики в положительном аспекте. Вместо того чтобы говорить, что сорокалетняя женщина подвергается риску в одном случае из 100 родить больного ребенка с синдромом

Дауна, почему не посмотреть на проблему с другой стороны: такая женщина имеет около 99 процентов возможности родить здорового ребенка. Наша цель - проинформировать, но ни в коем случае не испугать. В результате многие женщины в Питивьере отказываются проходить амниоцентоз (Со времени публикации этой книги в США в 1984 году появился новый тест, выявляющий генетические отклонения при сроке беременности до 12 недель. Это хориональная биопсия. Степень риска выкидыша после этого теста еще не изучена).

Наконец, ни в малейшей степени не совпадает с распространенными доктринами последних нескольких лет то, как мы относимся к проблеме преждевременных родов. Воистину навязчивая идея по поводу недопустимости недоношенности привела к тому, что многие врачи защищают агрессивное превентивное отношение.

Во многих странах с целью предотвращения преждевременных родов предписывается постельный режим, однако нет ни одного исследования, которое доказывало бы, что постельный режим помогает в этом случае. Поэтому мы скептически относимся к эффективности подобного предписания. Наше негативное отношение к постельному режиму основано на опасении, что длительное отсутствие движения может вести к недостаточности сенсорной стимуляции плода в результате ограничения поступления информации к вестибулярному аппарату во внутреннем ухе, который обрабатывает информацию о положении тела и в результате обеспечивает его равновесие.

Кроме того, вестибулярный аппарат, возможно, отвечает за положение плода внутри матки, и недостаточность его функции может привести к ягодичному или плечевому предлежанию. С нашей точки зрения, традиционное предписание постельного режима может рассматриваться как еще один пример вмешательства акушерства в процесс родов: женщинам предписывается лежать не только во время родов, но и в течение всей беременности.

Мы также ставим под сомнение практику применения медикаментов, предотвращающих сокращения матки для предупреждения преждевременных родов.

Во-первых, эти лекарства, принимаемые женщинами в течение дней, недель и даже месяцев, оказывают побочное действие: они усиливают сердцебиение, вызывают головокружение и общее недомогание. Если к нам в отделение приходит женщина, обеспокоенная тем, что чувствует сокращения матки, первое, что мы делаем, - устанавливаем, не начинаются ли роды. После этого мы объясняем ей, что матка - это мышечный орган, а не инертная полость; сокращения тренируют и укрепляют ее мышцы; они также могут быть той стимуляцией, которая необходима для ребенка. Если женщина жалуется на болезненность маточных сокращений, мы рекомендуем теплую ванну, которая может принести облегчение.

Во-вторых, эти медикаменты могут задерживать возникновение и полноценное развитие сенсорных функций плода. Нас очень беспокоит утверждение некоторых врачей, что они могут определить, принимала ли беременная женщина подобные медикаменты, проверив чувствительность кожи ребенка после рождения.

Наконец, мы обычно не накладываем швы на шейку матки. Эта процедура, производимая не раньше третьего месяца беременности, более распространена во Франции, чем в США и Англии, и предназначена для исправления такого состояния шейки матки, когда она открывается раньше времени. Диагноз "истмико-цервикальная недостаточность", однако, очень субъективен. Более того, преждевременные роды редко связаны с состоянием шейки матки. В больницах, где обычно практикуют наложение швов на шейку матки, частота преждевременных родов незначительно меньше, чем в тех, где

этот метод используется редко. Я объясняю женщинам, что не шейка матки определяет, когда начнутся роды; это, скорее, делает сам ребенок.

В большинстве европейских стран уровень преждевременных родов в настоящее время составляет от шести до семи процентов, что свидетельствует о некотором его уменьшении по сравнению с предыдущими годами. Эта тенденция начиная с семидесятых годов непосредственно связывается с агрессивным медицинским подходом, которому свойственны более частые медицинские осмотры беременных, применение развитых технологий и новых лекарств. Но причины подобного уменьшения числа преждевременных родов могут быть и другие. В нашем отделении, где превалирует прямо противоположное отношение к этой проблеме, из 100 родов до 31 декабря 1973 года 4,9% были преждевременными, из 1000 родов до 31 декабря 1980 года - 2,5% (Для простоты мы называем недоношенными (или рожденными преждевременно) всех детей, чей вес при рождении не превышает 2,4 кг.). Такое уменьшение и без того низких показателей, продолжающееся и в последнее время, может быть объяснено тем, что за последние десять лет женщины, приходящие в Питивьер, стали более привилегированной в экономическом отношении группой; это значит, что они более здоровы физически и поэтому менее подвержены опасности родить преждевременно. Разница между статистическими данными нашего отделения и средними мировыми, однако, слишком велика, чтобы объяснять ее только этим фактором. Наверное, можно было бы установить альтернативную зависимость между низким уровнем преждевременных родов и нашим общим стилем отношения к беременной женщине. Иногда я задаю себе вопрос: а не больше ли пользы будет беременной от нашего совместного пения, чем от еще одного осмотра?

Помощь женщине в родах

Роды - это бессознательный процесс. Протеканию бессознательного процесса помочь нельзя. Главное - не помешать ему. Роды может задерживать присутствие людей или их реакция на происходящее.

Женщина, у которой начались роды, приходит в наше отделение. Очень важна ее первая встреча с акушеркой; взгляд, улыбка, слова, жесты - все детали поведения акушерки влияют на ход родов. Решения, принятые в этот момент, тоже могут быть очень важны. Например, опытная акушерка может точно определить, на какой стадии находятся роды. Если они только начинаются, акушерка может посоветовать женщине погулять или даже пойти домой, если та живет неподалеку от больницы. Когда женщина возвращается в отделение из хорошо знакомой ей обстановки, чаще всего бывает так, что роды находятся уже на довольно продвинутой стадии. Если женщина остается в отделении в течение всей первой стадии родов, то есть пока происходит постепенное раскрытие шейки матки, мы помогаем ей, но это не заранее спланированная система процедур. Опыт научил нас, что нельзя подходить к этому механистически или догматически. Каждая женщина - единственная в своем роде, а значит, и роды не будут похожи на все другие. Мы принимаем такое положение вещей. Мы не разрабатываем заранее стратегию поведения; у нас нет принятых правил.

Это не мешает тесной работе всего нашего коллектива: проработав некоторое время вместе, мы научились общаться при помощи взгляда или жеста. Но это не значит, что у нас в отделении не придерживаются каких-то общих правил; наоборот, многие из них сложились с течением лет, они соответствуют нашим принципам гибкости, открытости всему новому и признания главной роли женщины в родах. Эти основные принципы одинаково верны для нашего отношения к любой женщине, независимо от истории ее жизни, независимо от того, пришла ли она к нам впервые в середине родов или

посещала отделение регулярно во время беременности. Так мы относимся и к тем, кого мы хорошо знаем, и к тем, кого видим в первый раз; к женщинам рабочих специальностей и интеллектуального труда; к жительницам деревень и горожанкам; к француженкам и иностранкам.

Необходимо заметить в самом начале, что мы хотим разрушить образ беременной женщины-пациентки, глубоко укоренившийся в сознании людей западной цивилизации. Мы не даем беременным, приходящим в нашу больницу, просто надеть ночную рубашку и забраться в постель. Во время первой стадии родов женщина может находиться в спальне, в большой комнате для встреч или в родильной комнате. Некоторые женщины предпочитают ходить по коридорам или прогуливаться в саду. Мы подчеркиваем, что можно все.

По мере того как роды на первой стадии развиваются, схватки становятся все более сильными, и роженица чувствует, что ей хотелось бы устроиться в тихом, затемненном месте. Женщине, прислушивающейся к своему собственному телу, необходимо сконцентрироваться, и ей мешают все внешние раздражители. Спокойная же обстановка помогает ей углубиться в свой внутренний мир. В конце концов, многие млекопитающие рожают в темных, спокойных, уединенных местах. Ничего удивительного в том, что люди тоже стараются найти подобное место для родов. Наша "salle sauvage" устроена именно так, чтобы удовлетворить эту потребность роженицы. Вообще, все сенсорные раздражители должны быть сведены к минимуму. В некоторых случаях тихая спокойная музыка помогает появлению чувства покоя. В комнате тепло настолько, чтобы женщина могла чувствовать себя комфортно. Многие роженицы снимают очки и контактные линзы, чтобы сконцентрировать внимание на своих внутренних ощущениях.

Рожаящая женщина должна доверять своим ощущениям, двигаться именно так, как ей хочется, принимать любую позу, которая удобна для нее. Она может ходить, сидеть, стоять на коленях, опираться на предметы или людей, присутствующих при родах, она может лечь, если захочет. Когда роженицам предоставлена такая свобода, они редко подолгу лежат на спине или находятся в положении полулежа, потому что эти положения просто неудобны для них. По этой же причине большинство женщин в конце беременности не лежат на спине, предпочитая сворачиваться клубком, лежа на боку. Если женщина во время схваток лежит на спине и не решается переменить положение или немного подвигаться, мы иногда поддаемся соблазну объяснить ей, что это положение не дает кислороду в достаточном количестве поступать к ребенку, потому что кровообращение матки затруднено в результате уменьшения тока крови по аорте и нижней полой вене.

Такое объяснение бывает обычно излишним, так как большинство женщин на первой стадии родов предпочитают стоять, наклонившись вперед, опираясь на мебель, или опускаются на колени, упираясь руками в пол.

То, что многие женщины инстинктивно находят это положение и остаются в нем подолгу, совсем не случайно. Оно облегчает боль, особенно в спине. Кроме того, эта в какой-то мере свернутая внутрь поза помогает отвлечься от внешних раздражителей (это положение напоминает молитвенную позу, которая сама по себе является способом перехода на другой уровень сознания). Положение на коленях полезно и с точки зрения механики родов. В случае ягодичного предлежания плода, которое обычно вызывает долгие и наиболее трудные роды, оно способствует повороту головы ребенка при прохождении через таз. Поскольку самая тяжелая часть тела ребенка - спина, он при этом положении матери будет стремиться перевернуться спиной к передней стенке матки.

Подводя итог, можно сказать, что основные положения, характерные для первой стадии родов, - в ходьбе, на коленях, сидя и стоя, но у каждого из них есть бесчисленные индивидуальные вариации.

Когда женщина стоит на четырех конечностях, она обычно ставит одну ногу немного дальше вперед или немного выдвигает вперед один бок. Поскольку голова ребенка должна повернуться, проходя через таз, роды по своей природе - асимметричный феномен. Это еще один довод против симметричной позы лежа на спине. Акушерки следят за тем, чтобы самые простые вещи были в порядке: чтобы в комнате было достаточно тепло, темно и спокойно, чтобы женщины могли по своему желанию изменить положение. Они предлагают воду, фруктовые соки, мед и сахар - жидкость и калории, необходимые женщине для тяжелой работы, какой являются роды. Обучить этому очень легко любого. Но помощь женщине во время родов требует гораздо большего, чем выполнение этих простых обязанностей. Здесь нужны способность проникнуться состоянием рожаящей женщины, интуиция и вдохновение; это - искусство.

Именно, интуиция позволяет акушерке почувствовать, помогают или мешают роженице люди, находящиеся в комнате. Женщинам во время родов часто хочется, чтобы рядом был человек, которого они хорошо знают; кроме того, им бывает необходима во время родов особая связь хотя бы с одним человеком. В нашем обществе этим человеком часто является отец ребенка. Однако это не всегда лучший вариант для женщины. Присутствие одних мужчин действительно помогает родам; присутствие других только замедляет их ход. Иногда сильно переживающий мужчина очень обеспокоен и старается скрыть свое беспокойство, слишком много разговаривая; его разговоры могут мешать женщине сконцентрироваться на родах. Я помню один случай, когда женщина не могла продвинуться в родах дальше 8-сантиметрового раскрытия; когда же отец ребенка вышел из комнаты на некоторое время, чтобы отдохнуть, ребенок очень быстро родился. Хотя эта женщина говорила нам, что она хочет, чтобы ее муж присутствовал при родах, ее тело сказало совсем другое. Слишком заботливый и властный мужчина тоже может оказать отрицательное влияние на роды. Он все время массирует, ласкает, держит свою женщину, которая принадлежит ему.

Он чаще отвергает ее требования, чем выполняет их. Роженице необходим покой; он же может предложить только стимуляцию. Мужчинам иногда оказывается трудно наблюдать, принять и понять инстинктивное поведение женщин во время родов. Вместо этого они часто стараются не дать им "выпасть" из рационального состояния самоконтроля. То, что во всех традиционных обществах рожаящим женщинам помогают не мужчины, а женщины, уже имеющие детей, - не простое совпадение.

Некоторые беременные приводят на роды сестру или подругу. Если у них самих были естественные роды, они принесут с собой положительный опыт; если же они еще не рожали или их дети появлялись на свет посредством кесарева сечения, они могут принести сюда страх и волнение. Бывает, что женщины хотят, чтобы во время родов присутствовало несколько человек. Мы заметили, что в этом случае у них часто бывают затяжные и трудные роды. Однажды вечером я вместе с акушерками смотрел телевизор. Вдруг мы увидели, как к больнице подъехала большая машина. Из нее вышли беременная женщина, у которой, по-видимому, уже начались роды, мужчина, еще одна женщина, маленькая девочка и еще один мужчина с камерой. Акушерки сказали, увидев эту компанию: "Похоже, нам предстоит долгая ночь". Они оказались правы: роды действительно были долгими и изматывающими.

Возможно, некоторые женщины хотят быть окруженными людьми во время родов из-за подсудного страха или чувства неуверенности. Но эти чувства могут усилиться, если роженица постоянно ощущает на себе взгляд этих людей и чувствует себя обязанной играть определенную роль по отношению к ним. С другой стороны, женщин из очень дружных семей или сообществ, с которыми они связаны крепкими узами, часто успокаивает присутствие при родах людей, которых они привыкли видеть каждый день.

Иногда женщина приходит в наше отделение со своей матерью. Ее присутствие действительно может помочь, если она сама родила несколько детей без медицинского вмешательства, но такие случаи редки, если мамы рожали в пятидесятые-шестидесятые годы. Многие из того, что было характерно для родов в то время, сейчас устарело. Кроме того, характер медицинской помощи при родах сейчас так быстро изменяется, что маме довольно трудно передать ценную и нужную информацию о родах своей дочери, как это обычно бывает в традиционных обществах. Естественная разница в опыте и знаниях приводит к напряжению, которое мы часто наблюдаем в отношениях матери и дочери во время родов. Во многих случаях такое взаимное непонимание может быть легко скомпенсировано присутствием опытной акушерки, способной понять обе стороны.

Значение акушерки невозможно переоценить. Независимо от конкретных акушерских приемов количество нормальных естественных родов больше в тех заведениях, где акушерка - главное лицо, помогающее при родах, происходит ли дело в Ирландии, в Нидерландах или у нас в Питивьере. Очень важно, чтобы акушерки были женщинами. По-видимому, это условие не осознается еще как необходимое, поскольку в акушерские школы в таких странах, как Италия, Франция, Швеция, Великобритания, стали принимать мужчин. Роды и кормление грудью - события сексуального порядка, поэтому пол присутствующих при них людей должен браться в расчет. Связь между помощницей в родах и роженицей может быть исключительной по степени интимности и напряжению. Рожаящая женщина в высшей степени ранима и склонна к зависимости от партнера по родам, по крайней мере, на какое-то время. Сексуальная окраска, которая может сопровождать такие отношения с партнером-мужчиной, может помешать женщине вести себя во время родов так открыто и свободно, как ей этого хотелось бы, или заставить ее после стыдиться того, что в ней проявилось во время родов. Конечно, все не так просто. Как бы ни был важен пол помощника в родах, главное его качество, будь это мужчина или женщина, - способность вести себя так, чтобы в его присутствии женщина чувствовала себя легко и в безопасности.

В общем, ощущение уединенности, интимности, спокойствия, возможность принять любое удобное положение и издавать любые звуки, присутствие акушерки, которая ведет себя не как наблюдатель, - решающие условия для естественного протекания первой стадии родов. Яркое освещение, неожиданные звуки, прикосновение холодных инструментов, незнакомые лица, прикрытые масками, - то, что так типично для обстановки родов в современных больницах, и вместе с этим отсутствие акушерок и отрицание или непонимание их важности, а также приговоренность рожениц к строго определенным положениям - все это отрицательно сказывается на протекании родов.

И все же иногда бывают случаи, что женщина находится в самой благоприятной обстановке, а раскрытие шейки матки останавливается, и схватки становятся более болезненными и менее эффективными. В таком случае может принести облегчение теплая ванна. У нас в отделении для этой цели есть два небольших бассейна. Женщина погружается в воду, часто по шею. Иногда кто-нибудь заботливо поддерживает ее голову, если она опускает в воду затылок и уши, оставляя на поверхности только лицо. В воде роды проходят легче, менее болезненно и более эффективно, женщина чувствует себя более комфортно. С одной стороны, она становится в воде невесомой, может находиться в бассейне во взвешенном состоянии, ей не приходится бороться с весом собственного тела во время схваток. Во-вторых, тепло воды уменьшает секрецию адреналина и расслабляет мышцы. Вода может также способствовать возникновению альфа волн головного мозга, создающих состояние умственного расслабления. Расслабление, в свою очередь, способствует быстрому раскрытию шейки матки. В тех случаях, когда роды все же остановились, мы открываем кран - вид и звук бегущей воды восстанавливают родовую деятельность, прежде чем бассейн наполнится!

Мы обычно предлагаем воспользоваться бассейном тем женщинам, у которых схватки проходят болезненно и неэффективно, а раскрытие останавливается примерно на пяти сантиметрах. Но вода может помочь расслабиться и другим роженицам. Она может утешить и успокоить не хуже, чем любимый, мать или акушерка. Влечение беременных женщин к воде все еще остается для нас загадкой. Многие беременные говорят, что вода их притягивает, они испытывают непреодолимое желание нырять в волнах или в мечтах подолгу лежат на воде. Некоторые женщины, испытывающие тягу к воде во время беременности, еще больше чувствуют ее притяжение во время родов. Другие же говорят, что они не любят воду или не умеют плавать. Но с началом родов эти женщины вдруг идут к бассейну, с удовольствием залезают в него и не хотят выходить!

Когда первая стадия родов близится к концу, женщина обычно выходит из бассейна. Она чувствует необходимость в более активном поведении, необходимость помочь ребенку появиться на свет. В это время у женщины часто появляется отсутствующий взгляд, кажется даже, что она где-то в другом мире; если она и говорит в это время, это обычно отдельные слова или простые предложения. Эти признаки свидетельствуют о том, что она отвечает на то инстинктивное, что происходит внутри нее, и что она достигла необходимого гормонального равновесия. Мы далеки от мысли рассматривать женщину в этом состоянии как иррациональное и беспомощное существо: мы совершенно уверены, что она лучше всех знает, как помочь ребенку появиться на свет.

Наш способ определения того, что роды вошли во вторую стадию, когда шейка матки полностью раскрылась, радикально отличается от общепринятого медицинского. Большинство врачей определяют, пора ли женщине начинать тужиться, при помощи ручного обследования. Мы обычно можем определить это без внутренних обследований, которые должны быть сведены к минимуму. Мы знаем, что началась вторая стадия родов, когда женщина, которая до этого ходила или стояла, вдруг испытывает желание согнуть ноги в коленях во время схваток, при этом ей необходимо схватиться руками за кого-нибудь или что-нибудь. Если она и партнер по родам стоят в это время лицом к лицу, обнимая друг друга, она во время схватки повиснет у него на шее. Если он стоит сзади нее, она может опуститься на корточки, поддерживаемая им за подмышки. Женщина перестает сдерживаться. Когда она кричит, держа ноги разведенными в стороны, кажется, что все ее тело мгновенно раскрывается. Мышцы сфинктера могут в это время расслабиться, вследствие чего опорожняется и громкий, специфический крик идет вразрез с глубоко укоренившимся понятием о социальных нормах поведения. Эти признаки дают нам знать, что женщина достигла оптимально инстинктивного уровня сознания, другими словами, - необходимого гормонального баланса.

Многие женщины в Питивьере рожают в положении на корточках с поддержкой, эффективным с точки зрения механики, так как оно делает максимальным давление ребенка, направленное вниз вдоль родового канала, сводит к минимуму необходимое мышечное напряжение и расход кислорода, обеспечивает максимальное расслабление мышц промежности. Начинаящуюся схватку можно определить, положив правую руку на верх живота женщины. Как только начинается схватка, помощник обычно продвигает руки вверх к подмышкам, чтобы так поддерживать роженицу, держа в своих руках ее ладони или большие пальцы рук. Помощник или помощница должны стоять прямо, не наклоняясь вперед, образуя подобие живой спинки для женщины. Если женщина рожает на корточках, поддерживать ее могут два человека: один опытный, другой - тот, кто ей близок, но в данной ситуации оказался впервые, и потому чувствует себя недостаточно уверенно. Женщина может выбрать и другое положение: лицом к нему, широко разведя ноги. Такое положение, при котором ноги женщины время от времени отрываются от земли, тоже очень полезно. Оно способствует расслаблению брюшных мышц и мышц промежности,

что помогает ребенку опуститься по родовому каналу. Тот, кто держит женщину, обязательно будет слегка нажимать ей на живот, что поможет ей держать ноги разведенными в стороны.

Хотя эти два положения (на корточках и повиснув на партнере) обычны для второй стадии родов в нашем отделении, они ни в коей мере не являются правилом. Женщина вольна выбрать любое положение, способствующее расслаблению и удобное для нее. Она может пробовать целый ряд асимметричных поз: сидя, вытянув одну ногу или отклонившись на один бок; лежа, вытянувшись на боку; сидя на стуле; на коленях, оперевшись на руки (последнее положение во многом сходно с положением на корточках с поддержкой: если женщину, сидящую на корточках, перестать поддерживать, она опустится на колени и руки). Женщина может рожать и в воде - интересное новшество, появившееся в результате использования у нас бассейна. Иногда женщины так расслабляются в воде, что не хотят выходить из бассейна, несмотря на то, что роды быстро развиваются. В этом тоже сказывается инстинктивное знание женщин о безопасности родов в воде, об отсутствии опасности для новорожденного, который до сих пор существовал в водной среде. Ребенок делает первый вдох, только оказавшись над поверхностью воды и впервые почувствовав другую среду и другую температуру. Мы никогда не ставили своей целью роды в воде, но это неожиданное событие случается у нас в отделении несколько раз в месяц (двадцать-тридцать раз в год).

Какое бы положение женщина ни выбрала для родов, мы заметили, что в помощи роженице нежность значит не меньше, чем знание приемов. Опытные помощницы, способные сопереживать, умеют определить, в каком состоянии находится женщина (спокойна она, напряжена или испугана), по состоянию кожи: ее структуре и влажности. Находясь в тесном телесном контакте с роженицей, акушерка будет полагаться на то, что чувствует, прикасаясь к ней и поддерживая, чем расспрашивать о ее состоянии. Если же она заговорит, то это будут простые слова, понятные каждому ребенку. Слова, однако, бывают, не важны в такие моменты, а такие, как "тужься", "сильнее", могут произвести негативное действие. Чаще всего женщина знает, что она чувствует, и указания акушерки могут вступить в противоречие с ее потребностями. Я стараюсь ничего не говорить. Если же говорю, то что-нибудь вроде "хорошо... хорошо... дай ребенку выйти...". Если же женщину охватывает страх, что у нее ничего не получится, я могу предложить ей: "Не тужься, не тужься" или : "Не сдерживайся, кричи, если хочешь".

Так мы стараемся не мешать женщинам во время родов. Стратегия, определенная нами, имеет большое значение. Но наша цель гораздо шире. Мы хотим дать возможность всем женщинам рожать в любом положении с уверенностью в свои силы.

Мама из Латинской Америки.

Я слышала, что в последние несколько часов перед рождением ребенка теряешь связь с внешним миром. Со мной так и случилось. Я оказалась в другой Вселенной, на далекой планете, дрейфуя в море ощущений.

Это была очень странная ночь. Все люди спали. А мы четвером (мы с Филиппом и еще одна пара) всю ночь провели без сна, между спальней и родильной комнатой. Их ребенок родился около пяти часов утра. Нас ошеломил вид этой пары, возвращающейся из родильной комнаты в темноте с ребенком на руках. То, что женщина может родить и после этого самостоятельно идти, держа ребенка на руках, вселяло уверенность. Нас это успокаивало.

Вдруг схватки стали более резкими и сильными. Я схватилась за Филиппа, потом за пианино, потом снова за Филиппа. Комната то пропадала, то появлялась. Стало трудно контролировать боль. Она стала частью меня, у нее не было ни конца, ни начала. Когда пришел доктор Оден, я пыталась

дотянуться до акушерки, которая, казалось, была очень далеко от меня. Я не могла понять этой бесконечной боли.

И тогда я очутилась в этом море. Боль передвинулась на новое место и стала глуше. Там же была и Нурия, наша дочь. Я чувствовала, как она медленно, дюйм за дюймом, выбирается из меня. Было так приятно погрузить свое тело в море ощущений, закрыть глаза и дать волнам нежно укачивать меня. Однажды, будучи в Индии, я проходила мимо старика, одетого в белое. Он сидел на пороге дома, молитвенно сложив руки. Когда я проходила мимо него, он поднял ко мне свое лицо. Поздороваться? Благословить меня с миром? Я тихо прошла, ответив ему тем же жестом. Это воспоминание и море переплелись в моем сознании с бесконечными нитями пространства и времени, когда рождалась Нурия.

Иногда я прошу Филиппа сесть и рассказать мне, что же было на самом деле, что он видел, когда моя память была в другом мире.

Мама из Парижа

Самым удобным для меня оказалось встать на колени на пол и грудью лечь на кресло. Когда вошел доктор Оден, боль была такой, что я расплакалась. Я видела, как он ушел, не сказав ни слова. Он вскоре вернулся с женщиной лет двадцати в белом халате. Это была студентка - акушерка, не отходившая от меня с этого момента до конца родов. Когда я почувствовала следующую схватку, я бросилась в ее объятия, и это было началом тесной связи между нами. Я чувствовала ее тепло, ее нежность. Мы вместе пошли в родильную комнату. Во время каждой схватки я тесно прижималась к ней и держалась за нее, пока не утихала боль. Я всегда буду благодарна ей за то, что она дала мне. Раньше, когда я была у себя в комнате, я пыталась "контролировать боль" при помощи упражнений на глубокое дыхание. Успокаивающее присутствие акушерки все переменяло: я больше не старалась контролировать себя. Я кричала при каждой схватке. Я кричала, не переставая час и пятнадцать минут, пока мой ребенок не родился. Эти крики удивили меня. Рожая первого ребенка, я не испытывала потребности кричать или плакать. Теперь мне казалось, что я подниму на ноги всю больницу. Я никогда в жизни так не вопила. Мне казалось, что кричу не я. Когда пришел мой муж, незадолго до рождения ребенка, я его подбодрила: "Не волнуйся, я ничего не могу с собой поделать, мне нравится кричать, садись". В определенный момент я услышала, что кричу по-другому: это были долгие дрожащие завывания, похожие на плач ребенка. Теперь я понимаю, что эти крики защищали меня, не от боли, а от травмирующей памяти об этой боли в моей психике. Это было что-то вроде катарсиса; крича, я выпускала боль из своего тела.

Под конец родов я начала ругаться. Я не помню, что я говорила: я потеряла контроль над своими чувствами. Это переживание вытеснило память о самом моменте рождения. Подумать только, что я могла вести себя так перед другими людьми! И все же это было, как если бы, потеряв голос, я после многих лет молчания, наконец, снова его обрела.

Мама из Лидза

Понедельник, седьмое декабря. Эдди пришлось поторопиться с завтраком. Тридцать миль по прямой, очень плоской, обсаженной деревьями дороге через поля и деревни Франции. Чувство поэзии изменяет мне; схватки идут с частотой раз в каждые пятнадцать деревьев... Меня осматривает акушерка: возможно, это случится сегодня после обеда. Кажется, ждать очень долго; сейчас только десять часов. Мы очень волнуемся. Боль становится все более навязчивой. Через некоторое время начинаются схватки, частые и очень сильные. Ноги подкашиваются. Я ложусь на одну из кушеток в комнате для встреч. На секунду меня охватывает сомнение: почему я отказалась от эпидуральной анестезии? Мне не пришлось бы тогда терпеть эту боль. Кажется, я не смогу ее перенести: слишком

она сильная, а я не героиня. Я начинаю кричать - и это помогает. Боль не прошла, она все сильнее с каждой схваткой, но крик помогает с ней справиться. Я вдруг утыкаюсь лицом в жакет Эдди, который лежит на кушетке. Это его запах. Он сам тоже здесь, но боль так сильна, что мне не хочется, чтобы он дотрагивался до меня, Странно, но он спокоен. Сейчас десять минут двенадцатого. Я прошу Эдди пойти и привести кого-нибудь: боль слишком сильная. Приходят акушерка и доктор Оден, спокойные и уверенные. К их удивлению и к моему облегчению, раскрытие полное. Доктор Оден говорит о синей воде и пляжах; они начинают наполнять бассейн. В сопровождении Эдди и доктора Одена я иду в родильную комнату. Солнечный свет струится в окна. Доктор Оден что-то бормочет под нос. В родильной комнате я раздеваюсь. Комната полутемная, стены выложены коричневой плиткой, пол теплого оттенка, просторный настил, покрытый множеством подушек, и большой родильный стул. Я благодарна за то, что здесь так спокойно. Чувства не смогли бы воспринять большие информации.

Уже через десять минут я чувствую непреодолимое желание тужиться. Акушерка все время рядом со мной, она изумлена, как быстро развиваются роды. Я дышу, как жаба, только верхней частью горла. Приходит доктор Оден. Прорывается околоплодный пузырь. Акушерка мягко предлагает мне принять положение на корточках, чтобы Эдди поддерживал меня. Сначала я сомневаюсь, но оказывается, так действительно легче. Каждая схватка переполняет меня, и я очень громко кричу, но только пока продолжается схватка. Все остальные спокойны и готовы помочь мне. Доктор Оден дает мне сахар кусочками, чтобы были силы, и воду (я выпиваю около литра). Вдруг я чувствую, как голова ребенка опускается вниз по родовым путям. Я рада, потому что страшно хочу спать, все равно, родится ребенок или нет. Между схватками я потихоньку раскачиваюсь на ногах из стороны, в сторону. Головка уже видна. Эдди меня поддерживает. Я тужусь и чувствую, что ребенок рождается. Акушерка подхватывает мою дочку: мне кажется, она немного помогла ей повернуться. Моя память об этом моменте затуманена волнением.

Эдди опускает меня на пол, и они кладут ребенка мне на руки. Я потрясена: никто не произносит ни слова. Малышка немного поплакала - и уже ищет сосок. Все так мирно и так наполнено эмоциями. Акушерка и доктор Оден в углу, готовые прийти на помощь, если понадобится, и в то же время старающиеся не помешать. Эти минуты принадлежат нам троим. Кто-то приносит ванночку, наполненную водой из бассейна, в котором я так и не успела посидеть. Камилла, наша дочь, все еще соединенная со мной пуповиной, потягивается в воде.

Первый час и после

Первый час после родов - очень важное время для матери и малыша. Оно может до некоторой степени определить, как ребенок будет относиться к матери, что, в свою очередь, может повлиять на его отношения с другими людьми и с миром, его окружающим. Этот критический период после родов может сильно повлиять на способность человека любить и вообще испытывать привязанность. Поэтому мы особенно стараемся создать теплую и поддерживающую атмосферу, которая благоприятствует возникновению интимности в отношениях между матерью и ребенком в это время.

Как я уже описывал, большинство женщин в Питивьере рожают в положении на корточках с поддержкой. Акушерки в нашей клинике не дотрагиваются до промежности и не поддерживают головку ребенка в момент ее выхода. После того как головка появляется и сама собой поворачивается, задача состоит в том, чтобы просто поддержать ребенка, чтобы он не упал на пол. После рождения мать, которая до сих пор полусидела на корточках, просто садится на пол. Многие женщины в этот момент садятся, держа спину прямо. Когда мать села, мы кладем ребенка между ее коленями в "безопасное положение".

то есть на живот, повернув голову на бок. В этом положении, даже если ребенку попала жидкость в рот и у него еще не сформировался достаточно действенный рефлекс, защищающий дыхательные пути, гравитация предотвращает проникновение этой жидкости в легкие. Ребенок лежит в такой позе всего несколько секунд, ровно столько, чтобы энергично вскрикнуть, сделать несколько глубоких вдохов, покашлять и почихать, порозоветь и напрячь мышцы своего тельца. В комнате очень тепло, но если необходимо, мы накрываем малыша одеялом. Затем мать берет ребенка на руки. Их все еще соединяет пуповина, и положение сидя делает эту связь максимально богатой и полной. Все тельце ребенка соприкасается с телом и руками матери. Они почти сразу смотрят друг другу в лицо, и напряженность этого момента чувствуют все свидетели этой сцены. Мамы часто отвечают на плач малышей звуками любви и простыми словами: так начинается их диалог. Отец малыша, если он присутствует в этот момент, обычно бывает захвачен эмоциями и часто плачет. Фотоаппарат чаще всего лежит забытый в углу. Если кто и вспомнит, что хорошо бы их всех сфотографировать, - так это акушерка. В родильной комнате нет часов. Мы не спешим. Никому не приходит в голову заметить точное время рождения ребенка, первого его вдоха, если только родители, заинтересованные астрологией, не попросят об этом. Вечно занятые профессионалы в нетерпении перейти к следующему этапу своей работы часто стараются, чтобы эти самые первые минуты после рождения прошли быстрее, и торопят события. Для нас же это самые драгоценные минуты. Это время, когда потерять ничего нельзя, а приобрести мать и ребенок могут очень-очень много, если дать им побыть в покое наедине друг с другом.

С одной стороны, мы знаем, что длительный телесный контакт и, в частности, сосание ребенком материнской груди, очень эмоционально переживаемое матерью, на самом деле стимулирует ее гормональный обмен. Выделяющиеся в это время гормоны, в свою очередь, вызывают дальнейшие сокращения матки, необходимые для естественного отделения плаценты. Плацента может родиться в момент первого прикосновения матери к ребенку, а бывает и так, что для этого требуется более длительное время: полчаса и больше. В этом случае нет смысла торопиться. Более важно, чтобы она отошла легко, чем быстро; чем более постепенно это произойдет, тем меньше риск кровотечения. Когда женщина чувствует схватки, свидетельствующие об отделении плаценты, ее внимание, естественно, на некоторое время несколько отвлекается от ребенка. Она, возможно, захочет лечь, держа ребенка на руках; в этом случае ей лучше всего лечь на левый бок, чтобы не пережать нижнюю полую вену. Она также может снова сесть на корточки во время схватки. Иногда можно нажать на живот над лобковой костью, чтобы проверить, отделилась ли плацента (если пуповина не втягивается обратно, плацента готова родиться). Однако это вызывает боль и неприятные ощущения и редко бывает необходимо. В большинстве случаев рождение плаценты происходит без всякого вмешательства.

Мы никогда не настаиваем на каком-то определенном моменте перерезания пуповины. Пока мать и ребенок наслаждаются общением, нет необходимости перерезать пуповину, если она достаточно длинная, чтобы мать могла свободно держать ребенка на руках. Если же мы делаем это до рождения плаценты, мы не всегда считаем необходимым применять зажим. Можно просто перевязать пуповину ближе к ребенку. В любом случае мы никогда не пережимаем ее на половине матери, поскольку есть основание считать, что это задерживает отделение плаценты.

Мама из Англии

Меня приподняли с пола, на котором я сидела, перед последней схваткой, и малышка родилась, как мне показалось, за две потуги. Она как бы выскользнула под своим собственным весом. В родильной комнате я совсем не задумывалась о том, чтобы как-то особенно дышать, или тужиться, - я просто делала то, что мне казалось необходимым, чтобы родить ребенка. Когда ребенок появился на свет, меня

снова опустили, и я села на пол. Доктор Оден поднял малышку и сразу же дал ее мне со словами: "Вот твой ребенок". Я не забуду этих слов, пока живу. Меня оставили наедине с малышкой, чтобы я могла поддержать ее на руках и познакомиться с ней. Первым чувством была потребность взять ее на руки, потом я посмотрела, девочка это или мальчик: это была маленькая девочка, и я очень хорошо помню чувство открытия, которое испытала в этот момент. Для меня это было скорее привилегией, чем правом, потому что во время предыдущих двух родов врачи не позволяли всего этого. Я повторяла слово "здравствуй", охваченная радостью знакомства с нею. Никто не мешал нам. Никто не порывался забрать ее у меня.

Мама из Соединенных Штатов

Войдя в родильную комнату, я почувствовала, что начинается очередная схватка. Я присела на корточки и облокотилась на кровать. Я потужилась на этой схватке, и отошли воды. Моя трехлетняя дочка Алисса вскрикнула от удивления: она этого не ожидала. Доктор Оден тихо объяснил ей по-английски, что ребенок родится очень скоро. Я потужилась, и показалась макушка ребенка. Я отдохнула; потом, на следующей схватке, еще потужилась. Наконец, в третий раз. Я почувствовала, что как бы катаюсь летом на волнах в Нью-Джерси, как это было, когда я училась в высшей школе: волны были высокие, и самые высокие шли по три подряд. Все это время доктор Оден тихо разговаривал с Алиссой, объяснял ей: да, это головка маленького, смотри, вот волосики, а вот он и родился.

С этой схваткой Женевьева родилась. Ее положили на пол, потом мне помогли сесть. Я взяла ее на руки, и она тотчас же стала тыкаться мне в грудь. Через несколько минут принесли маленькую ванночку, и я сама искупала ее, ванночка стояла между ногами, и пуповина еще не была перерезана. Алисса и Джордж тоже помогли. Затем пуповину пережали, и Джордж перерезал ее. Акушерка достала малышку из воды, взвесила, одела и дала ее поддержать Алиссе. Алисса была вне себя от радости: она так хотела маленькую сестренку. Когда Женевьева начала капризничать, Алисса сказала: "Мама, тебе лучше ее покормить". Примерно через тридцать минут после рождения ребенка Джордж взял Женевьеву на руки, а акушерки помогли мне встать на корточки и поддержали, пока рождалась плацента.

Мама из Дижона

Две мощные потуги - и Амели появилась на свет. Она вылетела из меня, как ядро из пушки, и приземлилась, грациозно изогнувшись, на теплые пеленки, которые держала акушерка.

Она так быстро выскочила, что на долю секунды я подумала, что она упала на пол. Это произошло в пятнадцать минут второго ночи. Акушерка положила ее мне на живот. Я устало села на пол, в свою собственную кровь. Атлетический подвиг, который я только что совершила, абсолютно лишил меня сил.

Я все повторяла одно и то же: "Она моя? Она действительно моя? Амели, все позади, мы прошли через это". Я начала рассматривать мою малышку, это крохотное существо, которое столько времени беззвучно пихало меня изнутри. Первое, на что я обратила внимание, - это была девочка. Я была счастлива: все время беременности я надеялась, что будет девочка. Потом я стала внимательно рассматривать ее личико. Ее красивые, четкие черты лица были слегка освещены улыбкой. Она была маленькая и такая хорошенькая. Мы просто не могли оторвать от нее глаз.

Иногда, или до или после рождения плаценты, мы ставим рядом с матерью маленькую ванночку с теплой водой, чтобы она могла искупать своего малыша. Однако это необязательная процедура: новорожденным в первую очередь нужны руки матери.

Нас иногда спрашивают, почему мы купаем детей через столь короткое время после рождения. А мы действительно не можем ответить, потому что нас как будто спрашивают: "Зачем вы доставляете ему это удовольствие?". Тому, кто когда-нибудь видел новорожденного, лежащего в ванночке с широко открытыми глазами, счастливого, познающего этот мир, не придет в голову задавать подобные вопросы. Конечно, купание имеет также положительный физиологический эффект: это действенный и приятный способ стимуляции кожи ребенка.

Техника купания - не самое главное; опытные руки профессионала, может быть, лучше знают, как поддержать шею ребенка, а не голову, как уверенно погрузить в воду его шею и уши, но руки родителей, конечно, предпочтительнее. Кроме того, наш акцент на купании новорожденного именно матерью ставит под сомнение обычное для традиционного акушерства убеждение, что рожаящая женщина пассивна. Мы можем видеть такой подход и у Лебуае, где женщина рожает на спине, а ребенка купает врач, акушерка или отец. Здесь купание становится еще одной процедурой, разлучающей мать и ребенка: оно рассматривается как компенсация, которую ребенок получает за разлуку с матерью, возвращаясь в нежное водное тепло, окружавшее его в материнском чреве долгие месяцы. Для нас купание имеет совсем другое значение: это то, что мать делает сама, это продолжение тесного контакта с ребенком. Я осознал эту разницу на конференции, когда фильм Лебуае "Роды" был показан после снятого в Питивьере фильма о купании новорожденного матерью. Аудитория отрицательно прореагировала на купание у Лебуае, усмотрев в этой сцене пренебрежение к матери. Возможно, если бы фильмы были показаны в хронологической последовательности (сначала фильм Лебуае), аудитория увидела бы, что мы просто развили дальше его плодотворные идеи. На самом деле работа Лебуае, в конечном счете, сделала нас более чувствительными к обращению с новорожденными.

После купания и перерезания пуповины мы, например, взвешиваем ребенка, но никогда не измеряем его рост в это время; Лебуае отмечает, что эта процедура требует вызывающего болезненные ощущения и совсем не обязательного в это время растягивания позвоночника ребенка и дает очень приблизительные результаты. После взвешивания мы одеваем ребенка.

Теперь мама снова берет своего малыша на руки, и он, или снова или впервые, начинает сосать грудь. Все дети начинают сосать в разное время. Это может произойти сразу после рождения, через полчаса, через час. Обычно сосательный рефлекс появляется в течение часа, и можно видеть, как ребенок вертит головой, стараясь поймать сосок.

Для того, чтобы ребенок начал сосать в родильной комнате, нам необходимо создать такие условия, которые стимулировали бы полное проявление его чувств. Новорожденному легче сосать, когда мать сидит с прямой спиной, чем когда она отклоняется назад, потому что в этом положении ребенку легче взять сосок. Желательно также, чтобы ручки ребенка были свободны и он мог ими двигать. Некоторое время назад мы заворачивали новорожденных в одеяльца, считав, что одевание после купания надолго отделяет их от матерей. Вскоре мы, однако, заметили, что эти дети в основном начинают сосать позже, и поняли: это было связано с тем, что они не могли ручками притрагиваться к материнской коже. Все чувства важны для возникновения ранней привязанности. Новорожденные, возможно, формируют первые связи с матерью на основе запаха, поэтому больничные запахи антисептиков могут задерживать проявление сосательного рефлекса. Так же отрицательно может сказываться и присутствие на родах большого числа людей. Важнее всего - спокойная обстановка. Чем меньше людей, чем меньше шума, тем

легче матери и ребенку общаться друг с другом. Поскольку дети открывают глаза, когда сосут, свет в комнате должен быть мягким, чтобы не испугать ребенка. Стоит отметить, что основные потребности рождающей женщины - полумрак, спокойная обстановка, тепло - те же, что и у новорожденного.

Видевшие эту сцену тысячу раз, мы наблюдаем ее все с тем же нескончаемым интересом. Не только новорожденные знают, как искать и найти грудь матери почти мгновенно, но и матери знают, как себя вести: они инстинктивно делают все, чтобы помочь ребенку сосать. Они обычно садятся, выпрямив спину, прижимают ребенка к груди, смотрят ему в глаза и водят соском вокруг рта, пока он не окажется во рту у малыша. Иногда даже мамы, которые не намеревались кормить грудью, начинают кормить сразу после родов и даже не вспоминают, прежде чем пройдет несколько часов, что они собирались выкармливать ребенка из бутылочки.

Последовательность событий лишь немногим отличается в тех случаях, когда ребенок рождается в воде - это особое событие в Питивьере. Очень трогательное зрелище - ребенок, плывущий к поверхности воды. Я помню одного новорожденного, который выплыл сам, без чьей-либо помощи. Пуповина была очень длинной, и мы видели, как ребенок сам выплыл на поверхность! В случае водных родов комната не должна быть перегрета, так как контакт с прохладным воздухом хорошо стимулирует первые вдохи ребенка, когда его вынимают из воды. До сего дня нам ни разу не приходилось прочищать дыхательные пути у детей, рожденных таким образом, и даже инфекций и осложнений бывает у этих детей меньше. Обычно после водных родов мать становится на колени и приветствует свое дитя в этом мире точно так же, как если бы она была на суше. Если ребенку холодно, ничего нет проще, как организовать теплое купание сейчас же и здесь же. Но мы никогда не пытались продлить пребывание ребенка в воде сразу после рождения, как это кое-где практикуется.

Новорожденному нужно человеческое тепло, ему необходимо быть на руках у матери и чувствовать ее ласковые прикосновения. И хотя некоторым женщинам хочется посидеть в воде подольше после рождения ребенка, мы считаем, что им лучше выходить из воды перед рождением плаценты, чтобы избежать вызывающего эмболию попадания воды в кровоток через открытые кровеносные сосуды в матке.

Первый час и последующий период жизни новорожденного стали объектом научного исследования только недавно. До 1930-х, 1940-х годов значение периода раннего детства понималось только психоаналитиками. Их интерес к этому периоду, однако, оставался академическим и абстрактным. Они уделяли мало внимания самим матерям и новорожденным, если вообще уделяли. Их внимание было сосредоточено на символизме молока и груди, а значение удовлетворения голода для формирования связи мать-ребенок преувеличивалось.

Исключительная концентрация на этой потребности не давала им возможности заметить, что ребенок имеет и другие потребности: например, потребность в общении. Этот момент был особо выделен в работе Конрада Лоренца и Николаев Гинбергена, опубликованной в начале пятидесятых годов, которая впервые привлекла внимание читающих к этологии, науке о поведении животных. Все в то время слышали о гусятах Лоренца, которые, вылупившись, привязывались и относились, как к матери, к первому же большому телу, с которым они соприкасались, будь то бородатый мужчина или игрушечная гусыня из папье-маше.

Этология дала толчок появлению концепций "привязанности", "формирования связи", а также "критических", или "чувствительных", периодов - относительно коротких периодов жизни, во время которых, как считается, формируются основные поведенческие сдвиги. Ученые стали изучать ранние отношения матери и ребенка на птицах, крысах, козах и человекообразных обезьянах. Однако до

настоящего времени этологические исследования почти не рассматривали раннюю связь между ребенком и матерью homo sapiens. Те немногие исследования по этому вопросу, которые все же есть, очень плохо поддаются интерпретации в результате бесконтрольного вмешательства процесс родов медицинского персонала и современной технологии, что обычно для западных больниц. Исследования, проведенные в 1960-х годах, приводят свидетельства того, что основа этой привязанности - физиология, а именно - гормональный обмен. К 1986 году Теркель и Розенблатт попытались определить, являются ли определенные вещества, находящиеся в плазме матери, регуляторами ее поведения. Они вводили одной группе крыс-девственниц плазму крови, взятой у крыс-матерей, не позднее чем через 24 часа после родов; другой группе таких же крыс - плазму крови еще не родивших крыс. Крысы первой группы обнаружили материнское поведение значительно раньше, чем крысы из других групп. Включение материнского поведения, таким образом, казалось связанным с активностью половых гормонов - повышенным уровнем эстрогена и пролактина и пониженным уровнем прогестерона в крови крыс сразу после родов. Инъекции этих гормонов подтвердили это открытие. Все же большое количество данных осталось необъясненным. Например, крысы, не получавшие инъекций послеродовой плазмы от других крыс, демонстрировали такое же материнское поведение после постоянного пребывания в обществе новорожденных крыс в течение нескольких дней. То же самое происходило даже с крысами-самцами! В конце концов Теркель и Розенблатт пришли к утверждению о существовании "переходного периода", во время которого происходит сдвиг основ материнского поведения с гормонального на негормональный уровень.

Происшедшее в течение последних десяти лет открытие нейрогормонов неожиданно предоставило нам еще один важный ключ к решению загадки физиологических основ формирования "привязанности". Мы еще не знаем в точности, как работает нейрогормональная система. Но мы знаем, что эндорфины, нейрогормоны, ослабляющие боль, в то же время усиливают чувство удовольствия и удовлетворения: что они включаются в игру, когда на арену выходят дружба, любовь, секс и все другие отношения, основанные на привязанности, в которых эти нейрогормоны индуцируют "ухаживание", заботливое поведение и формируют привычки взаимозависимости. Нейрогормоны также играют важную роль в формировании привязанностей в каждодневной жизни независимо от половых гормонов. Следовательно, их наличием можно объяснить активизацию материнского поведения даже в отсутствие родов.

Нейрогормоны также играют значительную роль как во время самих родов (когда, как мы уже видели, они ослабляют боль), так и сразу после них. Если уровень эндорфинов повышен в крови матери и ребенка сразу после родов, можно видеть, как эндорфинная система влияет на создание взаимозависимости между матерью и ребенком, то есть, как идет процесс возникновения привязанности. Тот факт, что уровень эндорфинов в крови матери выше после естественных родов, чем после кесарева сечения, - еще один аргумент против вмешательства в родовой процесс. То же относится и к использованию обезболивающих средств и синтетических гормонов, которые, вступая в борьбу с собственными гормонами организма, изменяют сложный естественный гормональный баланс и отрицательно влияют на самочувствие матери после родов, таким образом нарушая динамику процесса формирования привязанности.

Все эти открытия заставляют нас относиться очень бережно к первому и очень важному контакту между матерью и ребенком и делать все, чтобы не нарушить его. Первая привязанность ребенка к другому человеку служит прекрасной моделью того, какими могут быть привязанность и любовь. Я не утверждаю, что отношения матерей и детей, которые лишены возможности такого идеального первого контакта, развиваются в дальнейшем хуже, чем отношения тех, у кого такая возможность есть, или что такие дети обязательно будут менее защищенными, когда станут взрослыми, менее способными любить и испытывать удовольствие. Культура, окружение, социальные условия будут сильнее влиять на человека,

чем то, что происходит в те несколько "критических" периодов его раннего детства, и смогут компенсировать то, чего он был лишен в начале жизни. В конце концов, люди - не утята. Но почему не сделать это начало как можно более удачным? Почему не дать как можно больше шансов каждому? Не несем ли мы, гинекологи и акушерки, как профессионалы, ответственность за то, что выходит за рамки только медицинской помощи? Изменить отношения между людьми в самом начале их жизни - конкретный путь, по которому мы можем идти, чтобы сделать наш мир более гуманным.

В Питивьере после рождения плаценты мать, ребенок, отец, акушерка и иногда врач переходят в теплую спальню по соседству. К этому времени ребенок, как правило, уже начинает сосать. Мать часто идет в свою комнату, держа ребенка на руках. В каждой из таких комнат около кровати стоит деревянная детская кроватка, сделанная руками отца, чей ребенок родился в Питивьере. Кроме того, здесь есть очень низкий стул, настоящий "prie-dien" (скамеечка для молитвы), который как будто создан для того, чтобы кормящей маме было легко и удобно. Женщины могут принимать в этой комнате гостей. Есть и дополнительная кровать для того, кто остается ухаживать за мамой.

В Питивьере, конечно же, нет общей детской. Новорожденные всегда находятся вместе с матерью. Те же акушерки, что помогали женщине во время родов, помогают ей. Все то время, что она проводит в больнице после родов. Им помогают женщины, многие из которых сами имеют детей. Эти помощницы, а некоторые работают здесь уже более двадцати лет, убирают комнаты и подают еду. Они также показывают молодым мамам, как менять подгузники, дают ценные советы, как кормить грудью, и сообщают одной из акушерок или врачу, если замечают что-нибудь необычное: желтушку или изменения в поведении малыша. Акушерки и помощницы освобождают маму от всех материальных забот во время ее пребывания в отделении, так что она имеет возможность сконцентрировать внимание на своем ребенке и на себе самой. Никакие больничные правила и процедуры не нарушают взаимоотношений, складывающихся между мамой и малышом.

В таком окружении с легкостью можно удовлетворить основные потребности новорожденных. Они нуждаются в успокоительном присутствии матери - ее тепле, прикосновении, голосе, запахе, ощущении касания ее кожи. Им нужно, чтобы их носили, качали мамины руки. Укачивание ребенка стали недооценивать во второй половине этого столетия; педиатры, занятые бактериями и калориями, мало думали о вестибулярной функции, которая регулирует баланс и моторную координацию и которой необходима стимуляция - в нашем случае укачивание - для развития. Естественно, новорожденным необходимо сосать грудь, особенно тогда, когда им этого хочется.

Эти основные потребности с наибольшей готовностью удовлетворяются, когда мама находится так близко к малышу, как это возможно, и днем и ночью. Дети, кажется, чувствуют себя спокойнее и счастливее в маминых постелях, чем в своих кроватках, даже когда мамы нет рядом, может быть, потому что их успокаивает ее запах. Мы поощряем мам к тому, чтобы они меняли пеленки сами и сами купали детей каждый день; эти купания - уникальный аспект жизни в Питивьере. Одно время существовали больничные правила, по которым нельзя было купать ребенка до того, как отпадет пуповина, что обычно означало, что ждать надо около двух недель. С 1963 года, однако, мамы в нашем отделении купают детишек со дня рождения без всяких проблем - к обоюдному удовольствию.

Что касается питания, мать, находящаяся со своим ребенком все 24 часа в сутки, быстро изучит его потребности и желания. В ней разовьется чувствительность к манере выражения ее малыша, и она не будет истолковывать каждый его крик как требование поесть, что так часто ведет к проблемам с грудным вскармливанием.

Мы призываем к терпению в период организации грудного вскармливания. Чтобы снять напряжение, которое молодая мама может испытывать, мы напоминаем ей, что новорожденные в действительности не нуждаются в молоке до 2-3-го дня жизни. На самом деле до этого времени в груди и нет молока, а только молозиво - высококачественная жидкость, богатая антителами. Молоко, как таковое, появляется не раньше третьего дня. Иногда возникают проблемы несоответствия во времени: или молоко придет до того, как ребенок почувствует аппетит, или ребенок проголодается до того, как появится молоко.

Помощницы могут оказать действенную помощь в таких случаях: поддержать молодую маму и не допустить возникновения чувства нетерпения и разочарования. Из-за возможности возникновения таких проблем третий день после родов - самый неподходящий для ухода из больницы. Женщинам, конечно же, не предписывается оставаться в больнице в течение определенного периода, и они свободны уйти домой когда угодно. Большинство из них предпочитают уйти или в первые два дня после родов или не ранее четвертого или пятого дня.

Бывают короткие моменты разочарований, но послеродовая депрессия редка в нашем отделении. Многие, кому приходилось рожать или работать в больших больницах, скоро замечают, что в Питивьере они относительно редко видят женщин в депрессии после родов. Вероятно, сам способ рождения в Питивьере делает их менее склонными к депрессии. Мы знаем, что послеродовая хандра - до некоторой степени результат гормонального дисбаланса. Каждые роды сопровождаются резким изменением уровня эстрогена, прогестерона, пролактина, окситоцина и эндорфинов. Относясь со вниманием к гормональному балансу в организме женщины во время схваток и родов и избегая применения медикаментозных средств, мы, возможно, избегаем многих ненормальных гормональных колебаний и таким образом уменьшаем возможность послеродовой депрессии. Более того, обстановка в отделении, внушающая уверенность в поддержке, может оказывать прекрасное успокаивающее действие на легкоранимых молодых мам и иметь воспитательный эффект.

Еще один возможный благотворный фактор состоит в том, что мамы в нашем отделении принимают такое активное участие в уходе за своими детьми, что, с одной стороны, это вызывает чувство удовлетворения и адекватности, а с другой, - знакомит женщин, родивших первого ребенка, с их новыми обязанностями. Таким образом, когда женщина уходит от нас домой, там она не сталкивается с совершенно новой ситуацией и не впадает от этого в отчаяние. Наоборот, она уже привыкла к заботе о малыше и чувствует себя уверенно. За стенами отделений, подобных нашему, есть немного мест, приспособленных к тому, чтобы удовлетворить потребности новорожденных. Например, потребность малыша в том, чтобы узнавать свою маму и быть рядом с ней, невозможно удовлетворить в большинстве современных больниц. Работники больниц часто занимают место матери, тем самым вводя ребенка в заблуждение. Детские палаты в Китае и Восточной Европе представляют собой почти карикатуру в этом отношении: десятки детей лежат туго спеленатые, бок о бок, на кормление их относят к мамам, как свертки. Одного взгляда на эту картину довольно, чтобы осознать необходимость перемен. Как ни странно, в Питивьере самое сильное сопротивление переменам часто исходит от мам тех женщин, которые приходят к нам рожать. Особенно часто это бывает, если они сами рожали в 1950-х и 1960-х, когда грудное вскармливание не считалось важным, а женщинам снова и снова втолковывали, что избыточное внимание "испортит" ребенка, что кормление по требованию ребенка приведет к развитию у него "дурных привычек". Такие женщины чувствуют себя не в своей тарелке, когда видят, что их дочери или невестки исполняют желания своих детей, просящих, чтобы мамы их покормили, подержали на руках, прижали к себе.

Совершенно очевидно, что если мама не будет "слушать" своего ребенка, боясь спровоцировать "дурные привычки", у ребенка в конце концов не останется другого выбора, как только смириться с таким обращением. Но рано или поздно настанет момент платы по счету. Существуют результаты ряда важных исследований, хотя их нельзя назвать строгими выводами, которые показывают зависимость между событиями периода внутриутробной жизни, процесса рождения, времени младенчества и некоторых заболеваний более поздних периодов жизни человека. Например, Николае Тинберген, британский этолог, лауреат Нобелевской премии, определил конкретные факторы, такие, как наложение щипцов во время родов и длительная изоляция ребенка от матери после родов, как "патогенные" (вызывающие болезнь) и как возможную причину аутизма.

Лично я всегда имел склонность к тому, чтобы придавать особое значение периоду раннего детства и младенчества, потому что моя мама работала воспитателем в яслях. На нее огромное влияние оказала Мария Монтессори, первооткрыватель в вопросах раннего воспитания, которая изучала отдаленные во времени результаты влияния опыта ребенка первых часов после рождения на его последующее развитие. Работы Монтессори приобрели для меня новое значение, когда мой прежний медицинский опыт и наш пересмотр акушерской практики в Питивьере слились в одно целое. Как хирургу мне часто приходилось лечить взрослых от таких болезней, как язвы желудочно-кишечного тракта, язвенный колит и гипертиреоз. Каждый раз, как я пытался обнаружить причину этих так называемых "психосоматических" заболеваний, я неизбежно обращался к рассмотрению периода раннего детства моих пациентов. Лечение этих заболеваний и одновременная работа в родильном доме привлекли мое внимание к периоду младенчества и к началу формирования отношений между матерью и ребенком. Я заинтересовался психоаналитическим аспектом дальнейшего развития и был захвачен работой этологов, которые изучали первые контакты между матерью и потомством у животных и исследовали критические периоды процесса формирования привязанности.

Захватывающая концепция "подавления действия", сформулированная Генри Лаборе, французским физиологом, который в 1952 году изобрел хлорпромазин, первый нейролептик (вещество, видоизменяющее поведение), дает важный ключ к пониманию связи между травмами в раннем возрасте и дальнейшим развитием. Лаборе использовал термин "подавление действия" для описания базовой модели покорного поведения, патогенного состояния, которое возникает как реакция организма на стресс в том случае, если он не может ответить на стресс борьбой или бегством. В экспериментах на крысах Лаборе смог проследить повышение кровяного давления в ответ на ситуации длительной фрустрации. Крысы в клетке получали регулярные удары электрическим током. Некоторые крысы имели доступ к открытой дверце; другие не могли убежать. Некоторые находились в клетке с другими крысами и могли нападать на них; другие были в изоляции. Только те крысы, которые не могли ни драться, ни убежать, реагировали повышением кровяного давления. Дело в том, что сама причина или природа стресса является менее значительным фактором, чем то, каким образом удастся облегчить его последствия и удастся ли это сделать вообще. Это же правило верно и для людей. Нам нужно только подумать о том, насколько разрушающее действие такие ситуации фрустрации, без возможности облегчения или разрешения их, оказывают на нашу жизнь.

Гормональные исследования подтверждают теории Лаборе. "Подавление действия" способствует секреции норадреналина и кортизона; кортизон запускает механизм подавления действия - и в результате запускается порочный круг, который и является источником муки. Только действие, нарушающее модель тем, что дает удовлетворение, может разорвать этот круг. Более того, поскольку мы знаем, что норадреналин способствует сокращению стенок кровеносных сосудов, учащению сердцебиения и увеличению кровяного давления, а кортизон вызывает множество отдаленных во времени последствий,

таких, как угнетение иммунной системы, разрушение тимуса, можно предсказать ужасные последствия в случае многократного подавления действия. Очевидно, что такие повторяющиеся гормональные реакции на патогенные ситуации являются фактором риска (вместе с генетическими и другими причинами) в этиологии того, что мы обычно называем "психосоматическими заболеваниями". К ним относятся депрессия, высокое кровяное давление, язвы, аллергии, сексуальные дисфункции, колиты, нарушения иммунной системы, рак - короче, все болезни, которые мы связываем с современной цивилизацией.

Несмотря на то, что Лаборе не связывал свои открытия с опытом новорожденных, он с успехом мог бы это сделать. Именно в самые ранние периоды жизни в мозгу человека устанавливается "гормоностат", который регулирует гормональный уровень-организма, и пережитые именно в этот период ситуации, формирующие поведенческие модели, скорее всего дадут толчок к возникновению патологии. Многие младенцы проводят дни, недели и даже месяцы в продолжительном, почти хроническом состоянии "подавления действия". Изолированные от матерей на долгие часы, подвергающиеся грубому обращению во время медицинских обследований, требующие пищи и оставляемые без ответа, они, возможно, очень рано понимают, что их плач очень мало или совсем не влияет на то, что происходит вокруг них.

Действительно, наших мам и бабушек учили, что детей нельзя "портить", другими словами, что их нужно держать в состоянии "подавленного действия". В Питивьере мы ставим перед собой цель предотвратить возникновение патогенных ситуаций, удовлетворяя основные потребности ребенка. Лучшее всего это получается, если в первые дни жизни мать и ребенок находятся рядом и доступны друг другу в любое время суток.

Если в условиях традиционных больниц редко удовлетворяются потребности доношенных новорожденных, то с недоношенными младенцами дела обстоят еще хуже. Сейчас недоношенность рассматривается как ущербность, и ее боятся, потому что с ней так часто связывают большую подверженность заболеваниям, эмоциональные проблемы и умственную отсталость. Все же, не отрицая потенциальных проблем недоношенности, я позволю себе вспомнить, что Галилео, Паскаль, Дарвин и Эйнштейн родились недоношенными. В некотором смысле все люди, если сравнивать их с большинством млекопитающих, рождаются недоношенными (их системы еще не до конца сформированы к этому времени). Их созревание происходит в определенном социальном контексте, где они получают интенсивную сенсорную стимуляцию на ранней стадии развития. Особенности такой стимуляции различны в разных культурах и свои для каждого человека, но существуют определенные виды сенсорной стимуляции универсального характера. Что это знание может дать нам, когда мы имеем дело с младенцами, родившимися "раньше срока"? Хотя созревание центральной нервной системы определяется хронологическими правилами, заложенными в генетическом коде, пробуждение сенсорных функций совершенно явно является основным стимулом ускорения этого созревания. Например, простые тесты показали, что младенцы в возрасте сорока пяти недель от зачатия, родившиеся недоношенными, обычно имеют более развитую вестибулярную функцию, чем дети того же возраста, родившиеся в срок. Значит, недоношенность вовсе не обязательно ведет к физической или умственной неполноценности: наоборот, недоношенные дети, которых заботливо подвергают разнообразной интенсивной стимуляции, легко могут стать наиболее продвинутыми в развитии. Возможно, кто-то из наших раньше срока родившихся гениев получил исключительно богатый сенсорный опыт в очень раннем возрасте. Это предположение высокой степени вероятности, так как в те дни, задолго до появления неонатологии, недоношенные дети выживали только благодаря чувствительности и бдительности своих заботливых матерей.

Сегодня недоношенность, к сожалению, дополняется разлучением матери и ребенка и острой недостаточностью сенсорной стимуляции в решающий для развития ребенка период жизни. Недоношенный младенец в палате интенсивного ухода часто получает меньше кинестетической и вибрационной стимуляции, чем плод такого же возраста в утробе матери, хотя на самом деле он нуждается в большей. Он чувствует себя в изоляции в той клетке из мягкого пластика или стекла, которую называют инкубатором, а постоянный шум мотора заглушает все шумы, которые имеют какое-то значение для ребенка. Он не может ни дотронуться до своей мамы, ни услышать ее голоса. Это бессердечно, если учитывать особую значимость сенсорных стимулов и контакта с другим человеком для такого ребенка. Еды и тепла недостаточно, чтобы дать энергию мозгу, моторные функции требуют тренировки. Почему бы для начала не взять инкубатор из палаты интенсивного ухода и не перенести его в комнату матери? Каждая мама сможет понять, что инкубатор - это просто пластиковая или стеклянная коробка с встроенным термостатом, довольно полезный прибор. Далее, если поставить в комнате дополнительный обогреватель, можно вынимать ребенка из инкубатора без всякого риска для него. Завернутый в теплые одеяльца, даже недоношенный ребенок может проводить больше времени на руках у матери, которая будет его качать, трогать, ласкать, веселить, разговаривать с ним и кормить. Недоношенный ребенок тоже может изучать свою маму, привыкать к ее запаху, голосу и прикосновению.

Установлено, что состав материнского молока прекрасно подходит для удовлетворения особых нужд недоношенного ребенка. Поэтому неудивительно, что большинство матерей в Питивьере стараются использовать инкубатор как можно реже, предпочитая держать детей в своей постели. Когда недоношенный ребенок и его мать находятся вместе все время, они становятся независимой от больничного персонала системой удивительно быстро. Имея возможность такого близкого общения с ребенком, мать лучше других знает его особенности, и если произойдет что-нибудь необычное, она всегда первая это заметит.

Самые маленькие из детей, которых мы оставили у себя в отделении после рождения, а не перевели в отделение интенсивного неонатального ухода, были двое близнецов, каждый из которых весил 3,7 фунта (1680 г). Во время пребывания в Питивьере они были разлучены с матерью только однажды - на час, когда она ездила по делам в город.

Не было ни одного случая, чтобы нам пришлось переводить детей, весящих менее 5,5 фунта (2500 г), в педиатрическое отделение, после того как мы решали ухаживать за ними у себя в отделении. Боле того, мы постоянно удивлялись, как быстро развивались эти младенцы в заботливых материнских руках, и часто разрешали забирать их домой, хотя они еще не набрали среднего веса (таких детей в отделении неонатального ухода, наоборот, держали бы в инкубаторах дополнительно неделю или две). Действительно, мы стали подозревать, что многие из метаболических нарушений (нарушений обмена веществ), наблюдаемых у недоношенных новорожденных, связаны не с собственно недоношенностью, а с недостатком или отсутствием сенсорной стимуляции и человеческой любви, особенно с изоляцией ребенка от матери, обычными для большинства современных больниц. Они также связаны, возможно, с нашей чрезмерной осторожностью. Несмотря на то что инкубатор устарел как таковой, мы все же используем его в тех случаях, когда можно было бы обойтись без него. Мы не нашли в себе достаточно решимости полностью последовать примеру колумбийского педиатра, который отпускал мам с недоношенными детьми домой через день или два после родов, советуя мамам держать детей, тесно прижав их к своему телу, круглые сутки, подобно тому, как мамы-кенгуру держат своих детенышей в сумке на животе.

Результаты нашего подхода к недоношенности статистически не обрабатываются; у нас просто недостаточно случаев для выводов. В период с 1978 по 1984 год 100 младенцев весом менее 5,5 фунта (2500 г) находились постоянно с матерями.

Прежде чем мама покинет больницу, мы обсуждаем с ней множество вопросов, начиная с противозачаточных средств и кончая детскими переносными колыбельками. Мы обязательно рассказываем ей о Лиге Ля Лече (La Leche League), международной организации, основанной тридцать лет тому назад женщинами, которые хотели сделать грудное вскармливание более легким и более плодотворным как для мам, так и для детей. Важно, чтобы женщины знали о том, с чем им, возможно, придется столкнуться в период грудного вскармливания, поскольку врачи знают об этом так мало, что не могут дать совета, когда возникают какие-либо проблемы; и все они слишком скоро советуют бросить кормление.

Итак, женщина уходит из больницы. Мы готовы помочь, если у нее возникнут проблемы. Но если мы работали как следует, она уже готова и желает справляться с ними самостоятельно.

Мама из Парижа

Это было весной. Каждый вечер мы приходили с Мари-Луизой на занятия пением в родильное отделение. Я была на втором месяце беременности, когда мы пришли в первый раз. Встречая пятилетнюю дочь из школы, я слышала, как она хвастала подругам: "Я иду танцевать и петь в больницу, где рождаются дети".

Я представляю себе: Мари-Луиза поет о жизни, и мое дитя поет о жизни внутри меня. Лето приходит в Питивьер, заливая город солнцем. Золотые поля покрывают землю Босе. Мы проводим отпуск в деревенской гостинице, которой управляет мадам де ля Форж. Она работает в больнице и тоже приходит петь. Ее гостеприимство не знает границ.

Однажды во время встречи моя дочь подходит к Мартин, будущей матери. Они играют вместе и делают бумажных птичек. Рождается дружба. Хорошо, обещаю я, завтра мы все вместе устроим пикник на траве. Но завтра Мартин и Дидье, наши новые друзья, не приходят на место встречи. В больнице дежурный сообщает нам, что ребенок вот-вот родится, Мартин в комнате 126. Мы заходим на минутку ее навестить. Дидье просит меня побыть с Мартин, пока он выкурит сигарету. Они были за городом, когда, ночью, появились первые "признаки".

Мартин почти уже рождает. Она хочет, чтобы я была рядом с ней в этот момент, чтобы воскресить древние связи между женщинами. Мартин сидит в бассейне, чтобы облегчить боль при схватках. Моя дочь входит и выходит на цыпочках. Надо ли мне оградить ее от реальности родов? Вскоре я слышу, как она играет на пианино в комнате, где мы обычно поем; ее руки легко касаются клавиш, как крылья бабочки касаются друг друга, когда она летает над зеленым лугом. "У меня нет больше сил, я...", - Мартин стонет.

Малыш Мартин родился и тихо плачет у нее на руках. "Мой сын, - произносит она удивленно, - у тебя теперь своя жизнь!" Пот на моем лице смешивается со слезами радости. "Можем мы теперь идти на пикник?" - щебечет моя дочь, входя в комнату. Через несколько дней она задумчиво спрашивает: "Мама, это то, что называют жизнью?". "Да", - отвечаю я. Она говорит: "О, это прекрасно!".

Через месяц мы идем в Питивьер по знакомой дороге. В деревнях справляют местный праздник. Цветы. Звуки труб. Веселье. Мои схватки, которые начались сегодня утром, стали регулярными, мы идем в такт музыке.

Около восьми часов вечера я раскрываю свой чемоданчик в комнате 126. Мой муж зачаровывает нашу дочь интересными сказками о ведьмах. Вскоре она засыпает.

Когда часы бьют полночь, рождается Баптист.

Его отец поддерживал меня изо всех сил, помощница следила за тем, чтобы он как следует держал меня. Наша акушерка терпеливо ждала. И вот я сижу на полу, малыши у меня на руках. Для него приготовлена маленькая ванночка.

Медсестра-студентка, с которой я познакомилась на занятии пением, сидит у меня за спиной, поддерживая меня, чтобы мне было удобно. Я смотрю, как муж перерезает пуповину Баптиста, которая все еще соединена с плацентой внутри меня. Мы возвращаемся в свою комнату, Баптиста несет его отец.

Баптист лежит рядом со мной в моей постели. Он просыпается, начинает сосать, снова засыпает. Я вспоминаю другую ночь, другие роды, воспоминание серое от печали, пустота окружала меня тогда. Как только моя дочь родилась, ее отобрали и унесли, чтобы я могла отдохнуть! Здесь, в Питивьере, не забирают детей. Здесь есть время и место для возникновения новых уз.

На следующий день акушерка предлагает мне переменить подгузник Баптисту. Но он спит. Мы ждем. И я рядом, когда он просыпается. Мне просто дают совет, что делать.

Прошли четыре месяца. Узел, крепко завязанный в Питивьере, становится все крепче с каждым днем. Посмотрите на Баптиста, как он отрывается от груди, чтобы улыбнуться мне, как он смотрит на отца, услышав его голос! Первый раз, когда он улыбнулся, он не ожидал, что сосок выпадет у него изо рта, и захныкал. Когда он его вновь нашел, то снова улыбнулся!

В Питивьере я чувствовала, что живу, все время, пока шли роды; для меня был ценным каждый момент этого события. Я делилась своими впечатлениями с помощницами, которые были бесконечно внимательны ко мне и моему ребенку. Что касается мужа, это должно быть незабываемо: помогать в родах женщине, которую любишь. Я вытираю дрожащего Баптиста после купания и пою ему нежную песенку Мари-Луизы.:

Ты никогда не замерзнешь,

Я посею семена шерсти,

Ты никогда не замерзнешь,

Я посажу невиданные шелка...

Мишель Оден.