
Дарья Литвина

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ В КОНТЕКСТЕ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ: ПРАКТИКИ, ПРОСТРАНСТВА И ТРАЕКТОРИИ ЗАБОТЫ

Репродуктивная потеря (случаи неразвивающейся беременности, выкидыша, мертворождения, прерывания беременности по медицинским показаниям) является не только телесным и психологическим, но и социальным феноменом. Его значение конструируется во взаимодействии многочисленных акторов (женщин, медицинского персонала, психологов, членов семьи), активно участвующих в дискурсивном и материальном производстве смыслов, но чьи интерпретации могут значительно отличаться. Беременность и роды в России медиализированы, большинство женщин проходят через медицинские учреждения в процессе проживания репродуктивной потери. Однако существующие представления и практики заботы не всегда отвечают запросу рожениц – в этом случае женщина испытывает эмоциональные страдания. В последние годы родовспоможение прошло через ряд изменений и реформ, которые оказали влияние на принципы функционирования медицинских институций, их правила и практики. Агенты здравоохранения также изменились – и в контексте этих изменений стал возможен разговор о пациенто-ориентированной медицине. Для того чтобы разрыв между представлениями женщин о заботе и их опытом в институциональной медицинской среде был не таким явным, в ряде случаев медицинские сотрудники выстраивают индивидуализированные траектории заботы для своих пациенток, которые, тем не менее, оказываются недостаточно устойчивыми. Постепенно происходят изменения, которые приводят к возникновению пространства заботы. Однако трансформация практик и представлений сталкивается со сложностями, связанными с несопадением перспектив женщин и медицинских профессионалов. В статье рассматривается реализация практик заботы о женщине и нерожденном

Дарья Александровна Литвина – н.с., факультет социологии; Институт междисциплинарных медицинских исследований, Европейский университет в Санкт-Петербурге, Санкт-Петербург, Россия. Электронная почта: litvina.darya@gmail.com

в медицинских учреждениях и проблемные взаимодействия женщин и медицинских сотрудников в ситуации репродуктивной потери. Статья основана на 26 интервью с женщинами, у которых есть опыт репродуктивной потери, 20 интервью с профессионалами (врачи, акушерки, психологи, доулы, специалисты перинатальной паллиативной помощи), а также анализируются данные наблюдений в медицинских институтах и конспекты обсуждения соответствующих тем на медицинских мероприятиях.

Ключевые слова: репродуктивные потери, медицинские взаимодействия, социология заботы, родовспоможение, социология эмоций

DOI: 10.17323/727-0634-2022-20-2-215-228

Ключевой вопрос статьи – как осуществляется забота о женщинах в ситуациях репродуктивных потерь (антенатальной гибели, мертворождения, прерывания беременности по медицинским показаниям)? На материалах эмпирического исследования рассматриваются взаимодействия и практики заботы в медицинских организациях с позиции женщин и медицинского персонала. Кратко опишем институциональный контекст родовспоможения в России.

В постсоветский период родовспоможение прошло через ряд реформ и в настоящий момент представляет собой гибрид, сочетающий советские принципы (патернализм, медиализация, централизация), неолиберальные рыночные тенденции и бюрократическую логику управления. Субъектность беременных женщин и принципы их взаимоотношений с медицинскими сотрудниками также претерпевали изменения – из пассивных и субординированных пациенток они превращаются в требовательных потребителей медицинских услуг. Следовательно, возникает запрос на признание их агентности и права определять принципы заботы, возможность выбора (роддома, бригады и др.), наличие качественного сервиса и определенного типа эмоциональной работы со стороны персонала (Temkina 2019; Litvina et al. 2020; Temkina et al. 2021). Жесткий советский эмоциональный стиль медицинских учреждений, игнорирование эмоциональных потребностей и менеджмент эмоций женщин внутри стандартизированной «конвейерной системы» принятия родов, постепенно вытесняются, открывая возможности для новых форм заботы (более персонализированных, «теплых») и таких сервисов, как присутствие партнера, обезболивание, индивидуальные палаты, выбор «своего» врача и акушерки (Litvina et al. 2020; Temkina et al. 2021).

Несмотря на ряд позитивных эффектов от проводимых реформ, современная ситуация не удовлетворяет запросам женщин и медиков в полной мере, образуя организационные разрывы, коммуникативные сбои и дефицит преемственности заботы. В последние годы наблюдается усиление чувствительности и требовательности к медицинским институтам

со стороны женщин. Вокализация женского недовольства родовспоможением становится более массовой и публичной (например, флешмоб #насилиевродах), хотя и не приобретает характер движения за права.

Одновременно медицинские сотрудники родовспоможения нередко подчеркивают свою уязвимость, артикулируя нехватку ресурсов и коммуникативных компетенций для того, чтобы действовать в соответствии с ожиданиями пациенток, профессиональными и бюрократическими требованиями (Litvina et al. 2020; Temkina et al. 2021). Важным ограничением для реализации заботы, удовлетворяющей потребностям женщин и профессионалов, становится инфраструктура, в которой присутствуют значительные поломки, которые агенты воспринимают как «естественную» часть процесса (Mokhov, Novkunskaia 2021). Медицинские сотрудники действуют в режиме «ручного управления», пытаясь справиться с большим количеством институциональных «разрывов» в преемственности заботы, вызванной бюрократизацией системы (Temkina et al. 2022). Они пытаются организовать лучшие условия для пациенток, часто действуя неформально, постоянно переговариваясь друг с другом и справляясь с имеющимися ограничениями.

В подобных условиях ожидать заботы «по умолчанию» не представляется возможным, поэтому персонализация отношений с врачом (с помощью неформальных платежей, договоренностей или официальных контрактов) на протяжении продолжительного времени остается привычной стратегией «гарантировать» себе определенный уровень заботы и сервиса (Temkina, Rivkin-Fish 2020). В качестве ответной реакции на существующие институциональные условия (бюрократизацию) в отдельных случаях профессионалам удается выстроить пациенто-ориентированную заботу (вводить новые практики), которая становится для них возможностью расширить свою автономию. Такая забота приносит также определенные дивиденды для пациентов, которые (хотя и не становятся в полном смысле *empowered*) получают возможность оказаться в более комфортных условиях (Borozdina, Novkunskaia 2022). Хотя в целом патерналистские отношения между врачом и пациенткой, а также институциональное недоверие (к родовспоможению) сохраняются. В результате изменения родовспоможения происходят нелинейно, а разные институциональные логики сосуществуют друг с другом (Borozdina, Novkunskaia 2019).

Методологическая и эмпирическая база исследования

Понятие «репродуктивной потери» имеет множество измерений: юридическое, политическое, медицинское, психологическое, социальное. Это зонтичный термин, который вбирает в себя различные ситуации, от неудачной попытки ЭКО до смерти детей первого года жизни (существуют и расширенные трактовки, включающие, например, материнскую смертность). Под репродуктивными потерями в статье понимаются случаи

замершей (неразвивающейся) беременности, выкидыша, мертворождения, прерывания беременности по медицинским показаниям, не включая такие ситуации, как проведение искусственного аборта по желанию, неудачные попытки применения вспомогательных репродуктивных технологий, а также гибель детей раннего возраста.

К сожалению, объем данной статьи не позволяет рассмотреть детально классовые и региональные различия, а также опыт женщин и медицинских сотрудников, взаимодействующих внутри учреждений разных уровней (амбулаторного и стационарного) с медицинскими ситуациями разного характера. В большей степени мы сосредоточимся на женщинах, имеющих высшее образование и относительно стабильное финансовое положение, получающих помощь в рамках системы ОМС в стационарах крупных городов.

Статья опирается на следующие эмпирические данные. Во-первых, это 26 полуструктурированных глубинных интервью с женщинами, имеющими опыт репродуктивной потери (2018–2019). Во-вторых, наблюдения на медицинских и психологических мероприятиях (конференциях, семинарах, тренингах) по теме здравоохранения, родовспоможения, репродуктивных утрат, на каждом из которых велся подробный конспект объемом от пяти до 28 страниц ($n=22$, 2018–2020). В-третьих, в анализируются 20 интервью (2019–2021) с профессионалами, взаимодействующими с женщинами в ситуации репродуктивной потери: специалисты женских консультаций, перинатальных центров, родильных и гинекологических отделений, психологических служб (врачи, акушерки, психологи, доулы, специалисты перинатальной паллиативной помощи). Наконец, важными для понимания контекста являются наблюдения ($n=33$), проводившиеся в одном из перинатальных центров в 2019 г., а также наблюдения, сделанные в 2021 г. в двух медицинских учреждениях, в том числе занимающихся помощью женщинам в ситуациях репродуктивных потерь. Для проведения исследования получено разрешение в этическом комитете СПАС (Санкт-петербургской ассоциации социологов).

Участникам исследований гарантировалось соблюдение принципов анонимности и конфиденциальности. Фотографирование и аудиозапись производились только с их разрешения. Перед участием в исследовании всем участникам в обязательном порядке устно или письменно предоставлялась информация о ключевых этических принципах и положениях данного проекта.

Репродуктивные потери: столкновение перспектив

Беременность и рождение ребенка мыслится как важный этап женской биографии и наделяется большим личностным значением. Материнство превращается в моральное достижение (Laune 2003: 147) и связывается с большим объемом инвестиций (Haays 1996; Temkina 2019;

Avdeeva 2020; Temkina, Rivkin-Fish 2020), а успешное завершение беременности рассматривается как показатель самодисциплины и усердия. «Доктрина персональной ответственности» предполагает, что женщины могут и должны контролировать исходы своих беременностей (Layne 2003: 147). Им предписывается пересмотреть свой образ жизни: отказаться от вредных привычек, больше двигаться, не переживать, меньше использовать компьютер и так далее. Как отмечает американская исследовательница Дебра Лаптон, «[д]ля таких небольших организмов, нерожденные выдерживают огромный идеологический, политический, моральный, этический и аффективный вес» (Lupton 2013: 2). Вслед за Лаптон и другими исследователями репродуктивных потерь во всех случаях, где это возможно, здесь используется нейтральный термин «нерожденный» (*unborn*) с целью избежать смысловых искажений, возникающих в результате использования терминов «плод» или «ребенок», имеющих дополнительные коннотации.

Что же происходит в социальном смысле, когда беременность прерывается? Американский антрополог Линда Лэйн называют эту ситуацию «проблемой реальности» (Layne 2003: 17). Тогда как во время беременности окружающие активно участвуют в конструировании и утверждении женщины в качестве матери, а нерожденного – в качестве ребенка, в ситуации репродуктивной потери происходит «столкновение культурных сил» и сконструированная ранее «реальность» матери, ребенка, события, начинают подвергаться сомнению (Layne 2003: 17). Это выражается в способах обращения с телом матери и нерожденного, переключением на использование «технического» языка (плод, эмбрион), отказе от персонализации нерожденного и нивелированием значимости события («еще родите другого»). Отмечают это и сами профессионалы:

Очень хорошие у нас сейчас все врачи, добрые, милые. Приходишь, [тебе говорят]: «Ну, давай посмотрим твоего малышика. Как он тут себя чувствует». Но как только появляется диагноз [несовместимый с жизнью], они даже пол не называют, они вообще каменеют лицом. И, в общем-то, никто больше не удивляется, никто больше не умиляется, никто больше не радуется, никто больше ничего доброго не говорит (Дилара, акушер-гинеколог, руководитель службы помощи).

Женщины испытывают интенсивные моральные эмоции (такие как стыд и вина), которые связаны не с потерей *per se*, а с тем, какое символическое значение ей было присвоено в процессе взаимодействия. Практики и дискурсы, формирующиеся внутри многих медицинских учреждений (акушерских и гинекологических стационаров), служат «инструктивными метафорами» того, как конструируется отношение к потере, нерожденному, женщине в данном институциональном контексте (Bleuen 2010). Это может входить в противоречие с представлениями женщин и доставлять им эмоциональные страдания.

Так, женщины часто говорят о деперсонализации нерожденного (определении его как «плода», «выкидыша»), ограничении агентности (невозможность принимать решения, отсутствие объяснений происходящего), отрицании их материнской идентичности («*Это был еще не ребенок*»), отказе в праве на горе («*Не о чем плакать*»), отсутствии возможности взаимодействия с телом и организации ритуалов прощания (при рождении до 22-х недель тело не может быть передано родителям и утилизируется как медицинский отход класса Б). Само пространство часто оказывается плохо приспособленным к эмоциональным потребностям женщин. Их могут размещать в одних палатах с женщинами и детьми в послеродовом периоде (где они становятся свидетелями чужого успешного опыта родов и материнства), а также с женщинами в ожидании родов или аборта. С точки зрения эмоций, это оказывается непростым опытом. Взаимодействие с медицинскими учреждениями в этом случае описывается женщинами как крайне травмирующий социальный опыт: «*По тебе проедутся катком, закатают тебя в асфальт, распотрошат как курицу*» (Татьяна, 41 г.).

Показателен пример одной из информанток, Виктории, которой произвели прерывание беременности по медицинским показаниям на сроке 20 недель. Во время пребывания в стационаре Виктории запрещали называть нерожденную «ребенком», взяли обещание не плакать, показали тело после родов только на пару секунд (убрали из поля зрения на счет «три»), не объяснили в полной мере медицинскую необходимость прерывания беременности, не предоставили сведения о дальнейших действиях с телом нерожденной (оно было утилизировано вместе с медицинскими отходами). Действия медицинского персонала оказались в ситуации острого конфликта с ее собственными чувствами и представлениями:

Врачи все запрещали называть мне это ребенком. ЭТО (акцентирует). Это плод и это выкидыш. До 22-х недель это считается выкидыш... Мне кажется, что они думают, что с психологической точки зрения проще – я не буду привыкать, и я буду считать, что это просто что-то случилось, и этого нет, и все. Ну, что плод – это плод. Как яблоко, как кабачок. К нему не привыкаешь (Виктория, 34 г.).

Ряд авторов отмечает, что потеря нерожденного по интенсивности переживаний может восприниматься женщинами (и их партнерами) как эквивалентная потере ребенка (Keane 2009). Помимо этого, потеря оказывается серьезным испытанием для идентичности (материнской, женской), агентности и «истории жизни», которую приходится переписывать (Hazen 2003; Brownlee, Oikonen 2004: 524). Момент, когда женщина впервые слышит от врача о том, что беременность прервалась, воспринимается крайне тяжело:

Все эти ощущения, как на тебя падает небо, вот, как тебя выкручивает, вот. И ты понимаешь – вот этот кошмар, в котором ты жил последние недели [когда возникли подозрения, что что-то не так], и вот он теперь наяву, и от него вообще никуда не убежишь. Вот он, все, он тебя поймал (Татьяна, 41 г.).

Если для женщин репродуктивная потеря имеет персональное значение, то медицинские специалисты склонны к большей аффективной нейтральности и для них оценка потери преимущественно происходит с опорой на биомедицинские показатели – клиническую ситуацию или темпоральные параметры (van der Sijpt 2012), такие как возраст матери и срок беременности. Поэтому для врачей «выкидыши» (потери на небольшом сроке) не представляют особого медицинского интереса – они редко угрожают жизни, не могут быть остановлены и не заслуживают особого внимания (Layne 2013: 70):

Вера: А из таких случаев, что вот ты ведешь беременность, ну, какую-то пациентку, а она на раннем сроке, у нее начинается выкидыш – таких... может быть, каждая одиннадцатая-двенадцатая...

Интервьюер: Ну, как будто бы это довольно много, да?

Вера: ...Ну вот у меня не складывается впечатления, что их прям [много] (Вера, акушер-гинеколог).

Для врача в женской консультации работа с потерей беременности на раннем сроке – часть профессиональной рутины. Поэтому женщинам с небольшим сроком потери как правило отказывают в сопереживании, их горе остается непризнанным. Не только медицинскими сотрудниками, но и социальным окружением (коллегами, родственниками, знакомыми) эмоциональные переживания несостоявшейся матери могут оцениваться как «бесправное горе» (Cott 1999), отношение общественности к которому не предполагает сочувствия и поддержки, делает невозможным использование обычно сопутствующих потерям способов проявления горя и утешения. Для самих женщин при этом проживание потери может быть интенсивным и сложным (Frost et al. 2007).

Помимо этого, медицинские специалисты могут интерпретировать потерю как результат «неправильной заботы» о нерожденном и пытаются оказать на женщин дисциплинирующее воздействие, делегировать им ответственность за произошедшее. В ряде случаев со стороны врача это выглядит как проявление заботы и обеспокоенности, выражение сопереживания, тогда как для женщин связывается с чувством вины:

Я вот, честно, не люблю, когда [на прием] приходят женщины вот прям с кровянистыми выделениями, потому что, мне кажется, они тратят время... Вот, поэтому я, в общем-то, всегда женщинам говорю, что: «Что же вы скороую-то сразу не вызвали?» (Вера, акушер-гинеколог).

Похожая ситуация может складываться в акушерских стационарах, которые работают с потерями на более позднем сроке. Медицинские профессионалы уже не говорят о том, что «это был всего лишь эмбрион» (и сами могут испытывать глубокие переживания), однако проявляют заботу в патерналистском ключе, осуществляя дисциплинирование женщин и менед-

жмент их эмоций. Получается вариант *dark care*, при котором реципиенты заботы чувствуют ее репрессивный характер и были бы рады от нее избавиться. Например, врачи и акушерки могут пытаться «успокоить» женщину тем, что в будущем она еще сможет родить детей («*родите другого*»), что «*это был еще не ребенок*», что он был бы тяжело болен и не вписывался в контекст ее жизни (уйдет муж, будут страдать дети, прервется карьера).

Женщины объясняют подобное отношение нечувствительностью медицинских сотрудников, ориентированностью на медицинские критерии и статистические показатели (учитывающие потерю на сроке более 22 недель). Часть информанток рассказывали о ситуациях склонения к прерыванию беременности, отказе от госпитализации, случаях исправления сроков беременности в истории болезни:

Врач дежурный вышел и сказал, что «что же вы дотянули до 23 недель!»... Потом он сказал, что «мы за вас будем отчитываться перед самим президентом!». Ну, мне стало очень стыдно. Я бы, конечно, не хотела, чтобы они из-за меня... Я бы вообще в принципе хотела, чтобы эта беременность... завершилась по-другому (Татьяна, 41 г.).

Важно отметить, что в определенных контекстах модель заботы, в которую интегрированы индивидуальные потребности пациентки, может подменяться моделью, которая является «новой ортодоксальностью» и действует не менее репрессивно, чем эмоциональный режим, игнорирующий переживания женщин. Это императив прожить и прочувствовать репродуктивную потерю, хотя и «более эмоциональным», но всё равно очень конкретным способом (Komaromy 2012) – например, обязательно пройти через все «стадии принятия» «выплакать горе», посмотреть на тело мертворожденного, поддержать его на руках. Это может входить в резонанс с индивидуальными потребностями и представлениями женщин и восприниматься ими как акт насилия. В перспективе вопросы автономии и агентности, власти и заботы в контексте репродуктивных потерь должны быть рассмотрены более детально.

Одними из наиболее острых являются ситуации обсуждения вопросов о прерывании или пролонгации беременности. Пролонгация «неперспективной» беременности (при наличии пороков, несовместимых с жизнью или приводящих к инвалидизации) редко вызывает понимание у специалистов, тогда как для женщин могут существовать весомые моральные аргументы в пользу ее продления.

Оценка взаимодействия с врачами обычно производится женщинами ретроспективно – они рассказывают о своей неспособности действовать и принимать решения в момент нахождения в институциональной среде. Это состояние можно охарактеризовать как «парализованную агентность» (она свойственна в той или иной степени всем моим информанткам). Например, женщины не рискуют конфликтовать с врачами, даже если чувствуют

грубое обращение с их стороны или сомневаются в правильности выбранной тактики лечения. Одна из информанток рассказывала, что во время пребывания в стационаре она просила мужа позвонить заведующей, чтобы та поговорила с лечащим врачом, хотя сама женщина в это время находилась с ней на одном этаже и могла обратиться самостоятельно. Однако она чувствовала, что ей не позволяли «правила игры».

Невозможность получения признания, информации, возможностей для мемориализации приводит к эмоциональным страданиям (Reddy 2001), а также к открытому острому противостоянию с медицинскими институтами в будущем (от избегания медицинской помощи до судебных разбирательств). Рассмотрим социальные механизмы возникновения (сохранения) разрывов между потребностями женщин и представлениями профессионалов и проанализируем те ситуации, когда происходят сбои в коммуникации. Анализ раскроет причины таких сбоев и сложности в переходе от траекторий заботы к пространствам заботы.

Траектории и пространства заботы в ситуации репродуктивной потери

Несмотря на то что клинические аспекты выкидыша, антенатальной гибели, мертворождения и прерывания беременности регламентированы, медицинская система часто оказывается недостаточно гибкой, чтобы соответствовать потребностям в заботе о женщинах с подобным опытом. Многочисленные детали, обозначающие культурный и социальный смысл произошедшего события, недостаточно артикулированы (конвенциональные правила для них отсутствуют), что приводит к возникновению разнообразных *ad hoc* тактик обращения с телом роженицы и мертворожденного (стоит ли обернуть тело мертворожденного тканью и передать его в руки женщине или сложить его в пакет и емкость для отходов?), способов дискурсивного конструирования их идентичностей (это мать и ребенок или пациентка и биологический отход?), способов размещения женщины в пространстве (поместить ее с другими роженицами или изолировать?).

В результате возникают разрывы между потребностями женщин и практиками внутри медицинских учреждений. Как следствие, женщины ощущают недостаток заботы со стороны медицинских учреждений. Чтобы сокращать эти разрывы, специалисты выстраивают индивидуализированную траекторию заботы для каждой пациентки. Так, врачи могут отправлять женщин на прерывание беременности по медицинским показаниям «по своим каналам», внутри больницы договариваться о возможностях организовать прощание (например, посмотреть или поддержать мертворожденного на руках), осуществлять дополнительную эмоциональную работу. Использование такой стратегии вписывается в схему «ручного управления», которая в целом характерна для родовспоможения в России (Temkina et al. 2022). Специали-

сты договариваются с коллегами-«единомышленниками», выстраивая траекторию для «своих» пациенток, чтобы те могли получить непротиворечивые рекомендации и определенный тип заботы:

Вот я не могу сказать женщине: ...«[Бог] вам дал проходить это испытание, вы что-то должны понять»... А ты можешь реально наткнуться на такое вот мировоззрение среди своих коллег. И ты понимаешь, что тебе нужно как-то себя... свой мирок оградить такими же единомышленниками, которые реально помогут именно не впасть, вот, в мракобесие... Поэтому, конечно, и психолог тоже тот, с которым я многие годы работаю. И гинекологи, которые занимаются прерыванием беременности – это тоже будут люди такого же мнения [как у меня] (Регина, специалист по перинатальной диагностике).

Однако индивидуализированные траектории заботы неустойчивы: в конечном счете женщина сталкивается с гораздо большим количеством агентов за пределами персональных договоренностей, и оказывается в зависимости от локальных или индивидуальных представлений медицинских сотрудников. Такие (пациенто-ориентированные) траектории также предполагают большой объем усилий медицинских специалистов, которые в процессе могут сталкиваться с активным сопротивлением и конфронтацией со стороны коллег.

Вместе с тем в последние годы точно возникают пространства, которые специализируются на случаях антенатальной гибели и прерываниях беременности по медицинским показаниям. Фактически они стремятся аккумулировать все соответствующие клинические случаи и сформировать пространства заботы с едиными институциональными правилами и принципами, учитывая индивидуальные потребности женщин не только в смысле медицинских манипуляций.

Это оказывается возможно преимущественно в тех медицинских учреждениях, которые специализируются на сложных клинических случаях, антенатальных и неонатальных потерях и имеют заинтересованность в том, чтобы постепенно формировать соответствующие компетенции у сотрудников. Происходит изменение организационного порядка – размещение женщин, потерявших ребенка в родах, максимально далеко от палат, где находятся роженицы с детьми – например, в других отделениях или в отдельной палате в дальнем конце коридора; вводится возможность непродолжительного нахождения с мертворожденным после родов. Реализуются отдельные единичные проекты по мемориализации нерожденных (снимки, отпечатки ступней/ладоней, прощальные комнаты, ритуальные услуги). Предлагается профессиональная немедицинская поддержка/забота (психолог, доула, священник). Проводятся тренинги по взаимодействию с пациенткой в ситуации потери для медицинского персонала. Предлагается подготовка к родам ребенка, у которого диагностирован порок, не совместимый с жизнью.

Фактически это способы организации медицинской помощи женщине при условии сохранения ее агентности и права на персональную интерпретацию ситуации.

Возникновение пространств заботы обусловлено не (с)только запросом пациенток, но и изменениями многочисленных агентов внутри медицинской сферы. В настоящий момент большое количество экспертов принимает участие в обсуждении темы репродуктивных потерь. Если некоторое время назад она была монополизирована акушерами-гинекологами и в профессиональном дискурсе сведена исключительно к медицинским аспектам, то сейчас происходит вовлечение все новых экспертных сообществ – медицинских специалистов (акушерки, специалисты по ультразвуковой диагностике и паллиативной помощи), психологов, сотрудников НКО, помогающих специалистов (доул) и *lay experts* (женщин, имеющих собственный опыт потери). Возникают низовые инициативы (группы поддержки) и формы солидаризации женщин с опытом потери и профессионалов, специализирующихся на данной теме. Со временем некоторые из них обретают более институционализированную форму – возникают благотворительные фонды, образовательные проекты (например, перинатальная паллиативная помощь в детском хосписе «Дом с маяком», проект «Продолжение жизни», благотворительный фонд «Свет в руках» и другие).

Формируется поле экспертов, специализированные пространства, артикулируются новые институциональные правила, происходят инфраструктурные изменения. Однако их имплементация происходит постепенно и встречает сопротивление со стороны агентов в медицинском поле, которые привыкли мыслить и действовать иначе. Даже отдельные практики, которые не требуют дополнительных инвестиций, например, показать тело мертворожденного матери, воспринимаются многими врачами и акушерками неоднозначно, как нечто чужеродное или опасное, требующее дополнительных временных и эмоциональных затрат:

Но, скажем честно, акушерки не любят «возиться» [прим. – одевать, давать роженице, и т.д.] с «антенаталом» [прим. – погибшим внутриутробно]... Там будет запах, и внешний вид, и вот это... Ну, потому что бывают действительно какие-то обезображивающие формы. Они не любят... Ну у них и времени, на самом деле, на это нет (Инга, штатный клинический психолог).

Несмотря на явно обозначившиеся тенденции к признанию необходимости немедицинской заботы о женщинах в ситуации репродуктивной потери, у многих женщин есть (и появляется новый) опыт интеракций внутри медицинских учреждений, который они описывают как крайне травматичный. Пандемия коронавируса и другие социальные и политические контексты вносят дополнительную долю неопределенности и обозначают необходимость дальнейшего изучения российского здравоохранения.

Заключение

Нерожденный обладает большой значимостью как в приватной, так и в публичной сфере. Он оказывается одновременно демографическим ресурсом, объектом повышенной моральной обеспокоенности и играет большую роль в формировании женской идентичности. Забота о нем разделяется между женщинами и медицинскими специалистами.

В ситуации репродуктивной потери происходит переопределение ситуации – сконструированная ранее «реальность» женщины, нерожденного и их взаимосвязи («ты будущая мать, это твой малыш, ты должна заботиться о нем») может оказаться разрушенной в процессе конструирования противоречащего социального значения внутри медицинской среды («это не ребенок, хватит плакать»). Переживания женщины могут маркироваться как «бесправное горе» или подвергаться менеджменту со стороны медицинского персонала (вариант *dark care*).

Тем не менее в последние годы происходит постепенная персонализация заботы и наделение ее эмоциональной составляющей. Оказание пациент-ориентированной заботы (соответствующей ожиданиям женщин) предполагает интенсификацию коммуникации, персонализацию отношений между медиком и пациенткой, признание за женщинами права на горевание (или отказ от него), объяснение медицинских причин потери – *un-black-boxing* (Thompson 2005), сохранение за женщинами агентности (права выбора сценария беременности, родов, прощания). В условиях ограничений некоторые специалисты стараются выстроить индивидуализированные траектории заботы для своих пациенток. А изменение поля и агентов приводит к формированию пространств заботы.

Изменение институциональных правил и практик происходит постепенно, нелинейно и встречает сопротивление со стороны части агентов в медицинском поле. В дальнейшем вопросы, связанные с перспективой женщин и медицинских профессионалов на заботу в ситуации репродуктивной потери, могут быть рассмотрены более нюансировано, с учетом классовых и региональных особенностей, уровня медицинского учреждения (акушерский или гинекологический стационар), разницы позиций агентов (врачей, акушеров, психологов), наличия ресурсов и возможностей, меняющегося исторического контекста.

Выражение признательности

Некоторые данные, используемые в статье, собраны в рамках индивидуально-исследовательского проекта «Женщины, профессионалы и «ангелы»: практики взаимодействия и эмоции в ситуации антенатальной потери». В целом исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 19–78–10128).

Редакция благодарит программу «Университетское партнерство» за поддержку и возможность опубликовать данную статью.

Daria Litvina

REPRODUCTIVE LOSSES IN THE CONTEXT OF INSTITUTIONAL INTERACTION: PRACTICES, SPACES AND TRAJECTORIES OF CARE

Reproductive loss (cases of frozen pregnancy, miscarriage, stillbirth, abortion for medical reasons) is not only bodily and psychological in nature, it is also a social phenomenon. Its significance is constructed in numerous interactions of multiple actors (women, medical staff, psychologists, family members), whose interpretations may differ significantly. Pregnancy and birth in Russia are very medicalized, and most women undergo encounters in medical settings while experiencing reproductive loss. However, the representations and practices of care that exist in hospitals do not always meet their requests. In recent years, the Russian maternity care system has gone through a few changes and reforms that have influenced the principles of functioning of medical institutions, their rules and practices. The agents that inhabit medical fields have also changed and turned to a more patient-centred medicine. In order to lessen the gap between women's perspectives on care and their experiences in institutional medical environment, in some cases medical staff build individualized care trajectories for their patients. However, they are not stable enough. Eventually, in recent years we can observe gradual and non-linear shift in practices that leads to the emergence of spaces of care. Notwithstanding, the transformation of practices meets barriers caused by mismatch between perspectives of women and professionals. In this article, I consider how the practices of caring for women and the unborn are implemented in medical institutions. I focus on the problematic interactions of women and medical staff in situations of reproductive loss. This article is based on analysis of twenty-six interviews with women who experienced reproductive loss, twenty interviews with professionals (doctors, midwives, psychologists, doulas, perinatal palliative care specialists), as well as observations in medical institutions and synopses of discussions of relevant topics at medical scientific events.

Key words: reproductive losses, medical interactions, sociology of care, obstetrics, sociology of emotions

DOI: 10.17323/727-0634-2022-20-2-215-228

References

Avdeeva A. (2020) *Natural Parenting in Contemporary Russia: When 'Nature' Meets Kinship. Doctoral thesis*, University of Helsinki. Available at: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/316260> (accessed 30 January 2022).

Daria Litvina – Research Fellow at Sociology Department, Research Fellow at Institute for Interdisciplinary Medical Research, European University at Saint Petersburg, Russian Federation. Email: litvina.darya@gmail.com

- Bleyen J. (2010) The Materialities of Absence after Stillbirth: Historical Perspectives. In: J. Hockey, C. Comaromy, K. Woodthorpe (eds.) *The Matter of Death. Space, Place and Materiality*. Basingstoke: Palgrave Macmillan: 69–84.
- Borozdina E., Novkunskaia A. (2019) The Patient's Perspective on Institutional Logics in Russian Maternity Care. *The Journal of Social Policy Studies*, 17 (3): 439–452.
- Borozdina E., Novkunskaia A. (2022) Patient-centered Care in Russian Maternity Hospitals: Introducing a New Approach Through Professionals' Agency. *Health*, 26 (2): 200–220.
- Brownlee K., Oikonen J. (2004) Toward a Theoretical Framework for Perinatal Bereavement. *The British Journal of Social Work*, 34 (4): 517–529.
- Corr C. A. (1999) Enhancing the Concept of Disenfranchised Grief. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 38 (1): 1–20.
- Frost J., Bradley H., Levitas R., Smith L., Garcia J. (2007) The Loss of Possibility: Scientisation of Death and the Special Case of Early Miscarriage. *Sociology of Health & Illness*, 29 (7): 1003–1022.
- Hays Sh. (1996) *The Cultural Contradictions of Motherhood*. New Haven: Yale University Press.
- Hazen M. A. (2003) Societal and Workplace Responses to Perinatal Loss: Disenfranchised Grief or Healing Connection. *Human Relations*, 56 (2): 147–166.
- Keane H. (2009) Foetal Personhood and Representations of the Absent Child in Pregnancy Loss Memorialization. *Feminist Theory*, 10 (2): 153–171.
- Komaromy C. (2012) Managing Emotions at the Time of Stillbirth and Neonatal Death. In: S. Earle, C. Komaromy, L. Layne (eds.) *Understanding Reproductive Loss: Perspectives on Life, Death and Fertility*. Burlington: Ashgate: 193–203.
- Layne L. L. (2003) *Motherhood Lost: A Feminist Account of Pregnancy Loss in America*. London: Routledge.
- Litvina D., Temkina A., Novkunskaia A. (2020) Multiple Vulnerabilities in Medical Settings: Invisible Suffering of Doctors. *Societies*, 10 (1): <https://doi.org/10.3390/soc10010005>.
- Lupton D. (2013) *The Social Worlds of the Unborn*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Mokhov S., Novkunskaia A. A. (2021) Infrastructural Breaks on the Road from Birth to Death in Contemporary Russia. *Religions*, (12): <https://doi.org/10.3390/rel12121115>.
- Reddy W. M. (2004) *The Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Temkina A. (2019) 'Childbirth Is Not a Care Rental': Mothers and Obstetricians Negotiating Consumer Service in Russian Commercial Maternity Care. *Critical Public Health*, 30 (5): 521–532.
- Temkina A., Novkunskaia A., Litvina D. (2022) Pregnancy and Birth in Russia: The Struggle for 'Good Care'. In: R. Davis-Floyd (ed.) *Social Science Perspectives on Childbirth and Reproduction*. London: Routledge.
- Temkina A., Litvina D., Novkunskaia A. (2021) Emotional Styles in Russian Maternity Hospitals: Juggling between Khamstvo and Smiling. *Emotions and Society*, 3 (1): 95–113(19).
- Temkina A., Rivkin-Fish M. (2020) Creating Health Care Consumers: The Negotiation of Un/Official Payments, Power and Trust in Russian Maternity Care. *Social Theory & Health*, (18): 340–57.
- Thompson C. (2005) *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- van der Sijpt E. (2012) *Focusing on Force and Forms in Cameroon: Reproductive Loss Reconsidered*. In: S. Earle, C. Komaromy, L. Layne (eds.) *Understanding Reproductive Loss: Perspectives on Life, Death and Fertility*. Burlington: Ashgate: 105–116.