



РАСПРЕДЕЛЕННАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И РАСШИРЕННЫЙ ПАЦИЕНТ: ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РАБОТА МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИОНАЛОВ В НЕОНАТОЛОГИИ

Анна Александровна Клепикова

Европейский университет в Санкт-Петербурге
6/1А Гагаринская ул., Санкт-Петербург, Россия
aklepikova@eu.spb.ru

Артеми́й Алексе́евич Минаков

Европейский университет в Санкт-Петербурге
6/1А Гагаринская ул., Санкт-Петербург, Россия
aminakov@eu.spb.ru

Анастасия Андреевна Новкунская

Европейский университет в Санкт-Петербурге
6/1А Гагаринская ул., Санкт-Петербург, Россия
anovkunskeya@eu.spb.ru

Аннотация: В статье анализируется эмоциональная работа врачей и медсестер в сфере помощи новорожденным. Данные собраны в ходе фокус-групп с врачами и медсестрами, самонаблюдения врача реаниматолога-неонатолога и включенных наблюдений антрополога и социолога в рамках проекта «Рождение пациента» в 2019–2023 гг. В фокусе внимания — организационные и институциональные условия, влияющие на объем и характер эмоциональной работы. Медицинские профессионалы связаны правовыми нормами, вынуждены сдерживать недовольство и критику в адрес коллег, коммуницировать с родственниками новорожденного. Новорожденный в меньшей степени вызывает эмоциональное напряжение: при благоприятном исходе он представляет собой скорее обезличенный медицинский кейс. Опираясь на концептуальный аппарат Моник Шеер, мы рассматриваем эмоции как практики, встроенные в актуальные социальные отношения, опирающиеся на габитус и выполняющие коммуникативные задачи. Анализ показал, что ключевыми особенностями эмоциональной работы медицинских специалистов в российской неонатологии являются: 1) клиническая неопределенность состояния пациента и его траектории, 2) недоверие между разными секторами и этапами неонатальной помощи, 3) необходимость брать ответственность за принятие решений, которые отчасти определяются предыдущими профессиональными решениями и траекторией пациента.

Ключевые слова: эмоциональная работа, эмоциональные практики, медицинские профессионалы, профессиональная идентичность, новорожденный пациент, расширенный пациент.

Для цитирования: Клепикова А., Минаков А., Новкунская А. Распределенная ответственность и расширенный пациент: эмоциональная работа медицинских профессионалов в неонатологии // Антропологический форум. 2025. № 66. С. 99–148.

doi: 10.31250/1815-8870-2025-21-66-99-148

URL: http://anthropologie.kunstkamera.ru/files/pdf/066/klepikova_minakov_novkunskeya.pdf

ANTROPOLOGICHESKIJ FORUM, 2025, NO. 66

DISTRIBUTED RESPONSIBILITY AND THE EXTENDED PATIENT: THE EMOTIONAL WORK OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN NEONATOLOGY

Anna Klepikova

European University at St Petersburg
6/1A Gagarinskaya Str., St Petersburg, Russia
aklepikova@eu.spb.ru

Artemiy Minakov

European University at St Petersburg
6/1A Gagarinskaya Str., St Petersburg, Russia
aminakov@eu.spb.ru

Anastasia Novkunskeya

European University at St Petersburg
6/1A Gagarinskaya Str., St Petersburg, Russia
anovkunskeya@eu.spb.ru

Abstract: The purpose of this paper is to examine how different aspects of emotional work are structured for physicians and nurses working in neonatal care. The paper is based on focus group data, self observations of a neonatal intensive care physician, and participant observation conducted by social researchers. The data was collected in 2019–2023 in the



framework of the project entitled “The Birth of the Patient”. We focus on how different organisational and institutional settings, as well as the professional status of medical professionals, affect the amount and nature of emotional work. On the one hand, neonatology is in many ways an area of medical care that requires teamwork; on the other hand, the performance of teamwork relies heavily on containing the dissatisfaction, irritation, and criticism of colleagues from other professional groups. Another sphere of emotionally intense communication is the interaction with parents and other relatives of the newborn. Drawing on the conceptual apparatus proposed by Monique Scheer, we address emotions as practices embedded in actual social relations, drawing on habitus and simultaneously fulfilling different communicative tasks. The analysis of the material collected revealed that the key features of the field under study are: 1) the clinical uncertainty of the patient’s condition and trajectory, 2) the mistrust between the different sectors and stages of neonatal care, and 3) the need for each medical professional to take responsibility for medical decisions, which in their turn are partly determined by previous professional decisions and the patient’s prior trajectory.

Key words: emotional work, emotional practices, medical professionals, professional identity, newborn patient, extended patient.

To cite: Klepikova A., Minakov A., Novkunskeya A., ‘Raspredelennaya otvetstvennost i rasshirennyy patsient: emotsionalnaya rabota meditsinskikh professionalov v neonatologii’ [Distributed Responsibility and the Extended Patient: The Emotional Work of Healthcare Professionals in Neonatology], *Antropologicheskij forum*, 2025, no. 66, p. 99–148.

doi: 10.31250/1815-8870-2025-21-66-99-148

URL: http://anthropologie.kunstkamera.ru/files/pdf/066/klpekova_minakov_novkunskeya.pdf

Анна Клепикова, Артемий Минаков, Анастасия Новкунская

Распределенная ответственность и расширенный пациент: эмоциональная работа медицинских профессионалов в неонатологии

В статье анализируется эмоциональная работа врачей и медсестер в сфере помощи новорожденным. Данные собраны в ходе фокус-групп с врачами и медсестрами, самонаблюдения врача реаниматолога-неонатолога и включенных наблюдений антрополога и социолога в рамках проекта «Рождение пациента» в 2019–2023 гг. В фокусе внимания — организационные и институциональные условия, влияющие на объем и характер эмоциональной работы. Медицинские профессионалы связаны правовыми нормами, вынуждены сдерживать недовольство и критику в адрес коллег, коммуницировать с родственниками новорожденного. Новорожденный в меньшей степени вызывает эмоциональное напряжение: при благоприятном исходе он представляет собой скорее обезличенный медицинский кейс. Опираясь на концептуальный аппарат Моник Шеер, мы рассматриваем эмоции как практики, встроенные в актуальные социальные отношения, опирающиеся на габитус и выполняющие коммуникативные задачи. Анализ показал, что ключевыми особенностями эмоциональной работы медицинских специалистов в российской неонатологии являются: 1) клиническая неопределенность состояния пациента и его траектории, 2) недоверие между разными секторами и этапами неонатальной помощи, 3) необходимость брать ответственность за принятие решений, которые отчасти определяются предыдущими профессиональными решениями и траекторией пациента.

Ключевые слова: эмоциональная работа, эмоциональные практики, медицинские профессионалы, профессиональная идентичность, новорожденный пациент, расширенный пациент.

Введение

В одной из больниц города¹ — праздник, день недоношенного ребенка. Гости собираются в холле перед актовым залом: дети на вид от года до десяти — кто-то в ожидании спектакля увлеченно участвует в конкурсах, кто-то стесняется и плачет; родители радостны и воодушевлены, у многих в руках букеты цветов и подарочные пакеты. Для родителей праздник становится возможностью возобновить связь с медиками, к которым за время, пока те выхаживали их ребенка, они стали испытывать доверие и благодарность. Врачи и медсестры принимают подарки, фотографируются с бывшими, уже подростками пациентами, и на их лицах радость узнавания.

На сцене актового зала выступают с поздравлениями статусные гости: «радостные глаза

Анна Александровна Клепикова

Европейский университет
в Санкт-Петербурге,
Санкт-Петербург, Россия
aklepikova@eu.spb.ru

Артемий Алексеевич Минаков

Европейский университет
в Санкт-Петербурге,
Санкт-Петербург, Россия
aminakov@eu.spb.ru

Анастасия Андреевна Новкунская

Европейский университет
в Санкт-Петербурге,
Санкт-Петербург, Россия
anovkunskeya@eu.spb.ru

¹ Исследование проходило в крупном городе, административном центре субъекта РФ. Название региона мы не указываем в целях анонимизации.

детей выстраданы родителями и врачами», «это праздник веры, надежды, любви, победы над сомнением», «не только профессионализм, но и любовь и душа вложены в каждого ребенка», «высокотехнологичная аппаратура не заменит сердец, глаз и нежных рук», «среди недоношенных детей в этом зале — великие поэты и политики, будущее нашего города». Речи пронизаны обращениями к эмоциональной и ценностной стороне медицинской заботы о недоношенных детях и призваны символически подчеркнуть ее «государственную важность». После речей демонстрируют любительский мини-фильм: под тревожную, но вдохновляющую музыку показаны кадры работы неонатальной скорой помощи и реанимационного отделения одной из больниц, а затем фотографии недоношенных детей «тогда и сейчас», с указанием массы тела при рождении: кульминация сюжета — фото ребенка, рожденного с весом менее четырехсот грамм¹. Под интенсивные аплодисменты врачи выходят на сцену, родители в зале встают, у многих слезы.

Праздник — это ритуал, в ходе которого можно почувствовать себя частью сообщества, в данном случае двух сообществ: родителей и медиков. Это способ публичной канализации и проявления эмоций, позволяющий почувствовать себя частью единого целого перед лицом испытаний, которые зачастую продолжаются для семей и после выписки из больницы. Для врачей это в том числе способ через публичное признание заслуг и героизацию работы укрепить профессиональную идентичность². Благодарность родителей — часть этого признания. На стенах больницы висят фотографии бывших пациентов, на страницах учреждений и в соцсетях нередко благодарственные посты от родителей, а врачи нам говорили о том, что личные сообщения от родителей с историями детей после выписки — одна из самых радостных сторон работы.

Но врачи и медсестры испытывают эмоции не только радостные, демонстрацию которых профессиональное сообщество признает легитимной. Мы то и дело слышали о врачах, которые «все принимали слишком близко к сердцу», «спились» или «покончили с собой». Даже вне полевой работы нам встретился один таксист, который оказался «выгоревшим» бывшим врачом-педиатром, проработавшим на «скорой» одиннадцать лет. Сло-

¹ Согласно Приказу от 27 декабря 2011 г. № 1687н Минздрава РФ в редакции от 13.09.2019 № 755н, «одними из медицинских критериев рождения являются: срок беременности менее 22 недель, или масса тела ребенка при рождении менее 500 грамм, или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, длина тела ребенка при рождении менее 25 см — при продолжительности жизни более 168 часов после рождения (7 суток)». Этот ребенок, если бы не дожил до седьмого дня после родов, не считался бы родившимся.

² О функциях ритуала см.: [Durkheim 2001 (1912); Turner 1974; Байбурин 1993; Marshall 2002].

во «выгорание»¹ не раз всплывало и у наших собеседников во время фокус-групп, без наводящих вопросов. Сложные рабочие условия, столкновение со смертью и невозможностью помочь, необходимость говорить о тяжелом состоянии ребенка с родителями — это зачастую невидимые трудности медицинской работы. С ними медики вынуждены справляться индивидуально.

Эмоциональная отстраненность, которая формируется в процессе профессиональной социализации медика — «эмоциональный режим» в терминологии Уильяма Редди [Reddy 2001], трансформирует его оптику и влияет на переживания². Впрочем, от медиков ожидается сочувствие или по крайней мере вовлеченность в коммуникацию с пациентом — и это другая грань профессионализма. Для наших информантов эмоциональное измерение работы не менее важно, чем медицинские манипуляции с телом пациента, организационная работа или заполнение документов и составление отчетности³. Мы ставим целью ответить на вопросы, каким образом эмоциональная работа медика становится частью его профессионализма и как формируются ее правила. Задачи статьи: 1) проанализировать устройство эмоциональной работы медицинских профессионалов; 2) описать способы управления эмоциями, к которым они прибегают; 3) продемонстрировать связь эмоциональных практик с институциональными и организационными условиями.

Методология и этика

В центре нашей работы в поле оказалась транспортная бригада реанимационно-консультативного центра одной из детских городских больниц. Центр консультирует специалистов роддомов, высылает бригаду для реанимационной поддержки ребенка и его транспортировки в профильные педиатрические стационары в случае, если это необходимо. Таким образом, мы видели несколько звеньев медицинской помощи новорожденным: роддома, выездные реанимационные бригады, отделения педиатрических стационаров.

Один из соавторов статьи — практикующий медик, его статус и профессиональные связи в сфере неонатологии и реанимационной медицины стали залогом доступа к полю. Исследование проводилось на пересечении трех дисциплинарных перспектив,

¹ О «выгорании» как о социальном, идеологическом и историческом конструкте см.: [Walker 1986; Meyerson 1989; Friberg 2009; Heinemann, Heinemann 2017].

² О профессиональной социализации врача, в том числе формировании эмоциональной отстраненности, см. классическую работу: [Becker et al. 1961]. В контексте российского здравоохранения изучались эмоции медсестер кардиохирургических отделений [Симонова, Ядрова 2013].

³ Настоящая статья содержит часть результатов проекта, посвященного неонатальной помощи. Результаты проекта см. также: [Минаков и др. 2022; Новкунская и др. 2024; Novkunskaia et al. 2025].

соответствующих идентичности авторов, — медик, социолог и антрополог. Эта «триангуляция» потребовала поиска междисциплинарных решений и выработки общего языка.

Полевое исследование проходило с перерывами в период со второй половины 2019 до ноября 2023 г. Методы полевой работы:

- 1) анализ документов, регламентирующих порядок оказания неонатальной помощи и профессиональные стандарты работы неонатологов;
- 2) полуструктурированные интервью с медсестрами (2) и врачами, в том числе занимающими руководящие должности (17);
- 3) фокус-группы с медсестрами (транспортная реанимационная служба, роддома, отделения реанимации новорожденных педиатрического стационара) и врачами (транспортная реанимационная служба, отделения реанимации и интенсивной терапии роддомов, отделения реанимации и патологии новорожденных педиатрического стационара) — во время коллективных рефлексий можно наблюдать коллективные способы управления эмоциями;
- 4) включенное наблюдение двух авторов в выездной реанимационной бригаде, роддомах и реанимационных отделениях педиатрических стационаров (7 наблюдений, 61 час);
- 5) самонаблюдение одного из авторов в качестве врача выездной реанимационной бригады (33 дежурства на протяжении трех лет)¹.

Информанты давали устное информированное согласие на участие в исследовании, все участники анонимизированы, встречающиеся в материалах личные данные изменены. Исследование одобрено этическим комитетом Санкт-Петербургской ассоциации социологов «СПАС».

Эмоции и эмоциональная работа: что мы изучаем?

Примерно с 1980-х гг. в антропологии ведутся дискуссии о том, что собой представляют эмоции. Исследования в западных обществах показали, что эмоции, способы их называния и переживания в значительной степени определяются культурой [Rosaldo 1980; Lutz 1986; 2011; Abu-Lughod 2016]. Существует более универалистский — психологически и когнитивный — подход к эмоциям [Ekman 1980; 1984; Levy 1982; Lakoff 1987] (см. также обзоры: [Lutz, White 1986; Lindholm 2005]). И антро-

¹ Часть данных собрана при поддержке ассоциированной профессуры по качественным исследованиям здоровья и медицины ЕУСПб.

пологов, и когнитивных исследователей волновала связь эмоций и языка — «плана выражения» и «плана содержания». Эмоции — в той или иной степени культурные конструкции, зачастую они предстают в дискурсивных выражениях, их выражение опосредовано этикетом, ритуалами, культурными конвенциями. Можно понимать эмоции двояко: как культурные категории и как востелесненные ощущения [Leavitt 1996]. Однако остаются вопросы: каким образом язык и иные способы демонстрации эмоций связаны с собственно переживаниями? Какое отношение они имеют к проживаемому эмоциональному опыту и можем ли мы получить к этому опыту доступ (особенно в случае изучения культур, далеких от собственной)? И наконец, что в таком случае изучает антропология эмоций? (См. также обзор и дискуссию: [Reddy 1997; Beatty 2014].)

Данная статья опирается на два основных типа данных. Во-первых, спровоцированный, полученный на фокус-группах, которые посвящены эмоциям, и по большей части дискурсивный материал. В нем можно анализировать термины и риторические конструкции, при помощи которых участники описывают свой эмоциональный опыт. Во-вторых, материалы включенного наблюдения спонтанного взаимодействия, в котором проявляются, демонстрируются, изображаются и утаиваются эмоции — на дискурсивном уровне и на уровне неречевых действий и невербальной коммуникации, т.е. коммуникативное и востелесненное воплощение эмоций [Scheper-Hughes, Lock 1987].

В обоих случаях участники проводят интерпретативную работу: пытаются понять, что от них нужно исследователям или как следует реагировать в той или иной ситуации, исследователи же интерпретируют слова и умолчания, мимику, жесты, позы и т.п. В обоих случаях люди действуют в рамках культурных конвенций выражения эмоций, могут их сами назвать и интерпретировать. Исследователь находится в той же культуре, что и его информанты; как правило, эмоции, их символические и прагматические значения ему понятны. Разговор об эмоциях оказывается во многом опосредован общей культурной рамкой «психотерапевтического поворота» (см.: [Rose 1998; Illouz 2008]). Наблюдаемые эмоции оказываются доступны в том числе через интересубъектный соматический режим внимания [Csordas 2002] и эмпатический механизм познания в полевой антропологической работе [Fainzang 2007].

В наши задачи не входит установление связи между «планом выражения» и феноменологическим опытом, а также подлинностью этого опыта. Нам ближе подход историка и антрополога Моник Шеер, которая с опорой на Пьера Бурдьё пытается

снять противопоставление между «внешними» и «внутренними» эмоциями и посмотреть на эмоции как на практику: как любая практика, эмоция одновременно спонтанна и конвенциональна [Scheer 2012]. Процесс производства эмоций следует практической логике, встроенной в существующие социальные отношения, и опирается на габитус. Шеер выделяет четыре типа эмоциональных практик: мобилизация (управление собой и другими путем «эмоционального заражения» и культивирования эмоций)¹; называние (интерпретация и выражение эмоций через дискурсивную атрибуцию, что делает их доступными опыту); коммуницирование (перформанс эмоций во взаимодействии и прочтение перформанса другого); регулирование (работа с эмоциями согласно существующим в культуре правилам эмоционального дисплея)². Сквозь призму этого подхода можно посмотреть и на ситуацию фокус-групп, и на рутинную работу медицинских профессионалов. Так, на фокус-группе врачи или медсестры могут конструировать образ родителей как главной помехи для непосредственной работы, подначивая и «заражая» друг друга, там же активно обсуждаются и проговариваются ситуации, вызывающие острые эмоциональные реакции, в ходе которых эмоции получают оформление и интерпретацию. Или во время наблюдения врач транспортной службы в присутствии медсестер роддома взглядом и выражением лица, адресованным своей бригаде, дает понять, что сотрудники роддома сделали что-то неправильно. При врачах роддома он этого не сделает, скрывая свою реакцию, но может свободно выказать раздражение поведением родителя.

С одной стороны, эмоциональные практики для нас — повод поговорить об институциональных зазорах и шероховатостях в рамках одного этапа оказания помощи и на их стыке. Эмоционально напряженные ситуации или ситуации, где необходимы специальные усилия для управления эмоциями, — знаки этих зазоров. С другой стороны, мы можем сквозь их призму посмотреть на устройство медицинских институций и конструирование внутри них новорожденного пациента. Врачи и медсестры действуют как стюардессы в классической работе Арли Хохшильд [Hochschild 1983], осваивая «профессионализированный» подход к эмоциям (четвертый тип эмоциональной практики по Шеер). Для врачей эмоциональная работа касается не только общения с тем, кто обладает аналогичным клиенту статусом (пациент / родитель): большие ресурсы тратятся на

¹ О политической мобилизации эмоций также см.: [Ahmed 2013].

² Идея опереться на концепцию Шеер возникла после прочтения статьи Марии Пироговской, изменяющей ее к историческим материалам [Pirogovskaya 2024]. Сходная рамка использована в работе [Cottingham, Erickson 2020] об эмоциях медицинских сестер.

внутрипрофессиональное взаимодействие. С опорой на интеракционистский подход к анализу взаимодействия лицом к лицу [Goffman 1956b] Хохшильд рассматривает эмоциональный труд (emotional labour в профессиональном контексте) — как профессиональные задачи влияют на эмоциональный перформанс. В нашем случае управляемы не только демонстрируемые эмоции — происходит работа и с эмоциональными переживаниями, как правило, в форме эмоционального отстранения, что ближе к понятию эмоциональной работы (emotional work) у Хохшильда. Это работа не только на экспрессивном и телесном уровне, но и на когнитивном, с целью изменения собственных чувств и отношения к ситуации [Hochschild 1979: 562]. Формирование эмоциональной отстраненности у медицинских профессионалов представляется, если пользоваться терминологией Мишеля Фуко, «техникой себя» [Foucault 1988].

Хохшильд говорит о том, что в современном обществе индивид работает со своим «я» и эмоциями при помощи интерпретационных рамок, скорее принадлежащих организациям, чем ему самому [Hochschild 1983: 198]. В нашем случае эмоции врачей и медсестер спровоцированы профессиональной деятельностью и институционально обусловлены, но эмоциональная работа лежит на индивиде, поскольку организации не предоставляют институционализированных способов совладания с эмоциями¹. Слова, сказанные во время фокус-групп, могут полноценно не отражать действительных практик, скорее они демонстрируют, как наши собеседники понимают и разыгрывают профессиональную идентичность, какие стороны работы их волнуют и какое значение эти образы и проблемы приобретают в коллективной дискуссии. Мы скорее провоцировали рефлексии об эмоциональной составляющей работы, хотя не всегда могли наблюдать, как она осуществляется (и осуществляется ли) на практике. Практики могут отличаться от их описания, создаваемого дискурсивно, но мы можем анализировать, как риторически оформляются эмоции одновременно для коллег и внешних наблюдателей.

Ниже, после описания общего контекста работы профессионалов в области неонатологической помощи, мы проанализируем проявление эмоций и работу над эмоциями с коллегами и родителями пациентов. Попутно будем указывать на разницу между секторами оказания помощи (роддом, транспортировка бригадой неонатологической скорой помощи, педиатрический

¹ В последние годы в России частные медицинские организации и НКО обеспечивают сотрудникам психологическую поддержку, занимаются «профилактикой профессионального выгорания». Государственные учреждения пока массово этого не делают, и эмоциональная работа врачей и медсестер остается невидимой и институционально неотрегулированной.

стационар)¹ и специалистами разных профессиональных групп (врачи и специалисты сестринского звена). Последняя часть статьи посвящена моральным оценкам² собственной профессии в контексте представлений об «эмоциональном выгорании», призвании и границах «рабочего» и «личного».

Медицинская и бюрократическая специфика неонатологии

Медицинские специалисты соприкасаются с болезнями и патологическими состояниями тела и психики, часто критическими, когда угроза для жизни пациента велика и требуются экстренные действия и решения; приходится работать с безнадежными случаями и сталкиваться со смертью. Медицинская помощь новорожденным предопределена культурной ситуацией, когда начало и конец жизни «схлопываются», что создает свои особые правила времяисчисления и хронологии. Кроме того, новорожденные пациенты отделений реанимации отлучены от родителей с момента рождения; медицинские работники становятся для них первой социализирующей инстанцией, посредником между родителем и ребенком. Это посредничество осложняется туманными прогнозами состояния ребенка и влечет за собой дополнительную эмоциональную нагрузку. Ребенок, как предполагается, не понимает происходящего, и это эмоционально облегчает работу с ним, однако родители, которые ожидали через три дня вернуться из роддома со «здоровым малышом», представляют коммуникативную проблему. Даже формально благополучный исход лечения чреват тем, что в долгосрочной перспективе ребенок может инвалидизироваться. Подобные исходы требуют особых эмоциональных усилий от медицинских специалистов, в том числе нацеленных на то, чтобы их представления о собственном профессионализме не потерпели крах. Смерть новорожденного — не только моральная проблема: врачи испытывают административное давление в связи с «гонкой» за демографическими показателями (см.: [Ваганов, Иванов 2020]). С середины 2000-х гг. социальная политика в России стала уделять особое внимание вопросам рождаемости, материнства и детства, медицинской помощи в области родовспоможения, включая неонатологию [Чернова 2013; Temkina et al. 2022]. Это внимание носит не только риторический характер, но и отражается в дизайне реформ, в организационных, инфраструктурных и практических последствиях их воплощения. Примеры политики «пронатализма» [Rivkin-

¹ При описании траектории новорожденного пациента мы используем слова «сектор», «звено» или «этап» как синонимы.

² Словом «моральный» здесь и далее мы отсылаем к ценностному измерению профессиональной идентичности.

Fish 2024]: введение материнского капитала¹, «родового сертификата»² и ограничение доступа к абортam³. Одно из следствий такой политики заключается в том, что показатели работы службы акушерской и неонатологической помощи рассматриваются как важные индикаторы уровня здравоохранения в целом [Gonzalez, Gilleskie 2017]. Показатели младенческой смертности становятся критерием оценки учреждений и регионов и как следствие предметом озабоченности и организаторов здравоохранения, и практикующих врачей [Ваганов, Иванов 2020].

Медицинское право и в целом законодательное регулирование — формально не ключевое измерение контроля работы медицинских специалистов, профессионализм и медицинская этика не менее значимые источники норм и правил этого поля. Тем не менее право и правоприменение — влиятельный способ регуляции отношений между медиками и пациентами (и их родственниками), который во многом сформировался для защиты прав и интересов последних [Goold, Herring 2018; Бороздина и др. 2022]. На практике медики рутинно учитывают, могут ли их действия стать основанием для иска со стороны пациента, и готовят оправдания в случае судебного разбирательства [Бороздина и др. 2022: 200].

В российском законодательстве нет категории «ятрогенных преступлений», но количество уголовных дел в отношении медицинских организаций и сотрудников растет, и не в последнюю очередь это касается хирургических специалистов (включая акушерство и гинекологию) и анестезиологов-реаниматологов⁴ [Мустафина-Бредихина 2017: 169; Горбачев и др. 2020] (см. также: [Коробеев, Ширшов 2020]).

Правовое регулирование и правоприменение в сфере медицины наши собеседники называют одной из основных сложностей

¹ Выплаты семьям, в которых родился второй и последующий ребенок, а с 2020 г. — и после рождения первого ребенка.

² Система финансирования женских консультаций, роддомов и детских поликлиник, позволяющая женщинам выбирать специалиста для ведения беременности и учреждение для родоразрешения.

³ В некоторых регионах — принятие закона «О запрещении склонения к искусственному прерыванию беременности» (см., например, Закон Псковской области от 28.12.2023 № 2442-03 «О запрещении склонения к искусственному прерыванию беременности в Псковской области», Закон Калининградской области от 29.11.2023 № 279 «О запрете склонения к искусственному прерыванию беременности в Калининградской области»); внесение в Государственную думу РФ законопроекта о запрете проведения абортов в коммерческих клиниках (см. Законопроект № 510787-8 «О внесении изменения в статью 56 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”»).

⁴ Основные статьи Уголовного кодекса РФ, которые вменяются медицинским работникам: ст. 109 «Причинение смерти по неосторожности», ст. 118 «Причинение тяжкого вреда по неосторожности», ст. 293 «Халатность», ст. 238 «Выполнение работ, оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности».

в работе и ключевой причиной ухода из профессии. В частности, они подчеркивают несправедливость и негуманность судебной системы, поскольку она (по их оценкам) не учитывает специфику медицины (неизбежность негативных исходов в ряде случаев) и нечувствительна к уязвимостям самих медицинских специалистов [Litvina et al. 2020]. Особую тревогу вызывает категория недоношенных детей с экстремально низкой массой тела до 1000 г, включая наиболее проблемную группу родившихся на 22–24 неделе весом 400–600 г («плоды», в терминологии информантов):

Плоды для меня до сих пор остались, ну, слово, извиняюсь, такое, — «стремно». <...> В предыдущей больнице у нас не было плодов, мы в небольшой больнице работали, и из-за оборота койки мы не брали детей меньше килограмма. Вот. Поэтому, когда я пришла сюда, для меня они все равно... То есть я их вообще пятьдесят три раза со всех сторон посмотрю, перекручу, посмотрю, еще чего-то, не так все просто (врач реанимационно-консультативного отделения, ж., материалы фокус-группы, июль 2023 г.).

В 2012 г. согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития¹ расширились критерии рождения, которым стало считаться появление ребенка на сроке гестации 22 недели и более, весом от 500 г и более и ростом от 25 см и более. Методическое письмо министерства рекомендует оказывать реанимационную помощь всем родившимся на сроке гестации от 22 недель, если есть хотя бы один признак живорождения². Практически у врача нет возможности отказаться от реанимационных действий даже в случаях с крайне неблагоприятными прогнозами.

В «бесперспективных», в терминологии наших информантов, или паллиативных, детей вложены не только финансовые («государственные»), но и профессиональные и эмоциональные ресурсы — подробно об этом мы писали в статье, посвященной бюрократическому сопровождению новорожденного [Новкунская и др. 2024]. Здесь отметим лишь, что бюрократическая работа значительно снижает удовлетворенность от профессии и приводит к «эмоциональному выгоранию». Документальная реальность ставит под вопрос «профессиональную логику» в угоду «менеджеральной» [Freidson 2001; Borozdina, Novkunskaia 2022], что ограничивает профессиональную автономию

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» (с изменениями и дополнениями).

² Дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольные движения мускулатуры.

[Borozdina 2018; 2022]. В нашем кейсе бюрократическая работа осуществляется на стыке нескольких секторов помощи и со множеством учреждений.

Еще две особенности неонатологии — высокотехнологичность и кадровый голод, предполагающий постоянные переработки. Инфузоматы, кюветы с тепло- и влаго-регуляцией, аппараты ИВЛ (разной степени технологичности), расходные материалы и комплектующие к ним, машины скорой помощи и множество других технических устройств составляют инфраструктуру неонатологической помощи. Нехватка или поломка устройства, невозможность быстро достать комплектующие ставит под вопрос качество оказываемой помощи, что также создает угрозу профессиональной идентичности медиков.

Командная игра: эмоциональные стили коллективов

Взаимодействие внутри учреждения или отделения требует от участников эмоциональных затрат. От того, насколько успешно оно происходит, зависит психологическое благополучие врача и коллектива. Коллективы, о которых пойдет речь ниже, различаются по институциональным особенностям, способам управления, характеру властных отношений и т.д., и «эмоциональные практики» в них (или, точнее, способы говорения об этих практиках) будут также отличаться, что свидетельствует о разнице сложившихся эмоциональных стилей [Stearns, Stearns 1985; Reddy 2008].

Медиками транспортировочной бригады их коллектив конструируется как единый организм, команда, которая при выезде в другое учреждение и в сложных условиях в машине скорой помощи должна работать слаженно:

Да, у нас врач и медсестра — это не то, что на отделении. У нас врач, медсестра и водитель — это все одно целое, да, как повезет, [какой] водитель. Ну, это как бы уже такое, немножко другое, у нас бригада. И вот это взаимодействие, оно очень затягивает. Немножко по-другому, это не стационар, и все, кто когда-нибудь пришел на машину, если там остался, уйти очень тяжело. <...> У нас немножко ограниченное пространство машины, да, совершенно другие отношения между собой. <...> Допустим, на отделении врач и медсестра, у них совершенно разное распределение труда и разные отношения. У нас более, как скажем, на мой взгляд, более близкие, потому что ты ближе общаешься конкретно с человеком в данной машине (врач реанимационно-консультативного отделения, ж., материалы фокус-группы, июль 2023 г.).

Отношения между членами бригады описываются врачом как тесные и надежные, менее иерархичные по сравнению со

стационарным отделением. При этом в таком «мобильном» отделении существует профессиональная иерархия врачей и медсестер: одни считаются более компетентными, работа других вызывает критику коллег. Проблема решается при распределении на вызовы: те, кто занимает более высокое место в неформальной иерархии, поедут к более «сложному» ребенку.

Врачами реанимационных отделений стационара отношения в рамках одного коллектива тоже описываются как «командная работа». Если противоречия и возникают, то только в отношении лечения детей, и решаются они коллегиально:

На самом деле непримиримых-то противоречий в коллективе нет. И сила, скажем так, врача... Сила врача именно в том, что он может признать то, что не всё знает, призвать на помощь других коллег, и всё вместе решить, накинуться на эту проблему и решить ее потом. Все-таки наше отделение — это командная игра, потому что одному чаще всего, конечно, не справиться с теми задачами, которые перед тобой ставит жизнь (врач реанимационного отделения, м., материалы фокус-группы, август 2023 г.).

Термин «конфликт» врачи предпочитают заменять словом «непонимание» и разрешать эти непонимания в рабочем ключе, описывая взаимодействие друг с другом как внеличностное, исключительно профессиональное, точно так же, как и в отношении пациентов в секторе транспортировки. Здесь врачи подчеркивают особенную ценность медсестер.

Ну вообще, вся работа, на самом деле, мое глубокое убеждение, 90 % успеха в реанимации — это работа медицинской сестры. А вот врач так... Основная, конечно, работа сестер. С этими детьми, конечно, львиная доля усилий по выхаживанию, по приведению в «товарный вид» и состояние — это сестры, потому что ты в конечном итоге можешь выйти с этого поста и другими делами заниматься, а сестра, которая будет работать с этим ребенком — нет (врач реанимационного отделения, м., материалы фокус-группы, август 2023 г.).

Врач подчеркивает уважительное отношение к менее ресурсной профессиональной группе, создавая образ коллектива, который ценит каждого независимо от статуса, поскольку каждый является профессионалом высокого класса.

Медсестры этого отделения тоже предпочитают описывать взаимоотношения и сложности взаимодействия в коллективе в терминах «рабочих моментов». Даже если кого-то и «бесит» коллега, то оказывается, что все «дрессируемые», т.е. противоречия со временем разрешаются. О претензиях к врачам и иерар-

хической системе отделения они не упоминают, возможно, полагая это небезопасным в рамках исследования, которое проходит на территории учреждения.

Врачи отделения патологии новорожденных, которые тоже представляют собой единую команду, отзываются о собственном коллективе следующим образом:

Разношерстный женский коллектив — это сложно, компромиссно. Понятно дело, что очень часто бывают стычки, недопонимания (врач отделения патологии новорожденных, ж., материалы фокус-группы, сентябрь 2023 г.).

Подобные ответы намекают на то, что в коллективе могут возникать эмоционально напряженные отношения, но это та степень искренности, которую могут себе позволить сотрудники одной команды друг перед другом и перед исследователями. Они ведут себя подчеркнуто корректно и уважительно в отношении коллег — признают, что проблемы возникают, как друг с другом, так и с начальством, но отказываются обсуждать конфликты публично.

В обоих последних случаях о внутренних отношениях говорится с улыбкой, которая дает понять, что в таком формате участницы не станут «выносить сор из избы». Все понимают, о каких ситуациях идет речь, но берегут лицо друг друга и коллектива. Заведующая этим же отделением (но в рамках индивидуального интервью) может высказаться более прямо, в ее нарративе встречаются красочные рассказы о конфликтах с подчиненными и вышестоящими коллегами.

На фокус-группах, где участники не представляли единый коллектив, они в целом свободнее высказывались в адрес своих ближайших коллег, в том числе руководителей. Одна из особенностей сектора родовспоможения заключается в том, что над врачами-неонатологами начальником (главным врачом роддома) оказывается акушер-гинеколог, а эти специальности сами по себе состоят в конфликте друг с другом, ведь у них разный объект заботы (ребенок и роженица соответственно). Значительная часть упреков врачей-неонатологов роддома адресована представителям другого профиля помощи и начальникам, которые неспособны услышать точку зрения врача и «предают остракизму» его за принятые решения:

Нет, уже принято решение, а осуждается еще и не в глаза. Для меня, например, самое сложное, это когда в коллективе не обсуждается все непосредственно с тобой, когда это обсуждается, осуждается, а тебе не говорят ничего ровным счетом (врач-неонатолог роддома, ж., материалы фокус-группы, август 2023 г.).

Зоной напряжения для врачей становится единоличная ответственность за принятые медицинские решения и обсуждение этих решений «за спиной», что создает эмоционально тяжелую обстановку на рабочем месте и служит специфическим властным инструментом. Начальники (начмеды, заведующие), которые готовы слышать альтернативную точку зрения и открыто обсуждать ошибки, напротив, вызывают доверие и желание продолжать работать в коллективе.

Медсестры роддомов, занимающие более низкие позиции в медицинской иерархии, еще более активно жалуются на вышестоящих — в их случае врачей в целом:

Они [врачи] не встают на сторону сестер, они не защищают <...> и могут это, допустим, выставить публично. Есть категория врачей, которые послушают претензию мамы, головой кивнут, в угол тебя отведут и скажут, что ты была права, надо было как-то по-другому сформулировать или повести себя, сделать как-то по-другому, а есть те, которые вот мама сказала, при матери и при других стоит тебя песочит (медсестра роддома, материалы фокус-группы, октябрь 2023 г.).

Медсестра, которая оказывается зависима сразу и от претензий рожениц, и от власти врача, чувствует себя наиболее уязвимой в ситуации, когда врач публично делает ей выговор, тем самым используя ее как инструмент решения проблем с мамой. Медсестры хотели бы получать от врачей защиту и помощь, а в итоге медсестра оказывается «всегда виновата» как нижестоящая в иерархии. При этом медсестры неонатального отделения солидаризируются с акушерками как равными по статусу и теми, на кого тоже принято перекладывать ответственность. Они жалуются на неоправданную эксплуатацию со стороны врачей, которая символически подчеркивает этот низкий статус:

Вот это хирурги. Они приходят к тебе в отделение, такие: «Нам все обязаны, это очень важно, чтоб вы вот...» Например, там ситуация у меня была: лежит пачка салфеток стерильных, я ему положила, приоткрыла, ну, типа, всё, мы его одели [в стерильный халат], и я отошла к другому ребенку. Он стоит, смотрит на меня и такой: «Ты можешь мне салфетку подать?» Ну, типа, всего лишь нужно взять рукой самому (медсестра роддома, материалы фокус-группы, октябрь 2023 г.).

Порой такие властные отношения интерпретируются нашими информантками в том числе в терминах гендерного порядка. Горизонтальные же конфликтные отношения в коллективах роддомов описываются в терминах травли и манипуляций, а эмоциональный накал в некоторых случаях на работе таков, что,

по словам информанток, доходит дело даже до драк, а выходом из сложившегося положения становится увольнение.

Мы не знаем, какое отношение к реальности имеют подобные рассказы. Мы можем лишь утверждать, что медсестры использовали фокус-группу как площадку для жалоб и lamentаций (см.: [Ries 1997]), тем самым сигнализируя о своем тяжелом положении, которое они представляют как зависимое и бесправное. Можем предположить, что подобный перформанс призван указать на институционально укорененные проблемы в секторе родовспоможения: нехватка персонала, эксплуатация статуса в иерархии, отсутствие стандартов работы медсестер, о чем они говорили отдельно. Возможно, это своеобразный крик о помощи, а может быть, способ установить отношения солидарности с другими участниками. Об уважительном отношении к медсестрам со стороны других профессиональных групп почти никто из них не говорит, хотя не исключено, что оно встречается.

В этом разделе мы показали, как внутри одного коллектива противоречия и эмоционально напряженные отношения складываются между представителями разных ступеней институциональной иерархии. Причиной для эмоционально заряженной критики становится характер распределения и вменения ответственности за профессиональные действия и решения внутри коллектива. В разных коллективах — разный эмоциональный стиль и способ выстраивания горизонтальных и вертикальных отношений, что сказывается на характере управления эмоциями. В то же время значительная часть сложностей возникает на стыке разных профилей и секторов помощи младенцу, о чем речь пойдет далее.

Неопределенность, недоверие и ответственность

Неонатологи роддома — это первые врачи, которые видят и обследуют ребенка, изначально оценивают его состояние и проводят границы между «нормой» и «патологией»:

Мне кажется, что есть дети, которыми надо заниматься, прикладывать твои умения, как мне кажется, и те дети, которые нуждаются просто в твоей оценке. Ты говоришь, ставишь штампик, что «ты прекрасен» и уже уделяешь какую-то, ну, больше эмпатии к родителям, да, к ребенку, нежели применения твоих профессиональных навыков и умений (неонатолог роддома, ж., материалы фокус-группы, август 2023 г.).

Врачи этого сектора проводят границы между «понятными» и «непонятными», «сомнительными» детьми, теми, за которыми надо понаблюдать, чтобы понимать, какие вмешательства

потребуется далее. Здесь на первый план выходит категория неопределенности, и в случае очевидно «тяжелых» детей наличие четких протоколов и алгоритмов действия, профессиональное понимание, какую помощь необходимо оказывать, снижает нагрузку на врача. Напряжение вызывает необходимость сортировки и оказания помощи в ситуации неизвестности, когда у пациента нет истории болезни и он не может сам описать свои жалобы. Именно выявление отклонений — не нормы — становится в этом секторе критерием оценки собственного профессионализма.

К «понятым» детям, как следует из цитаты выше, применима «эмпатия»: врачи начинают их воспринимать в большей степени как субъектов и часть диады «родитель — ребенок», фактически давая добро (ставя «штампик») для их социализации в качестве нормативного гражданина¹.

Медики разных секторов подчеркивают, что если состояние здоровья ребенка удовлетворительное и он совершает нормативные для его возраста действия (сосет, открывает глаза, шевелится), то начинается типичное «сюсюкание»² (по всей видимости, в этой ситуации возможно частично переключить профессиональную роль на обывательскую). Если ребенок требует активного медицинского вмешательства, «сюсюкание» мешает работе. Эти слова подтверждают и данные нашего наблюдения за процессом подготовки ребенка к транспортировке. Высказывания, адресованные ребенку, нельзя считать в прямом смысле эмоциональной работой. Однако это коммуницирование и перформанс эмоций (по Шеер), который во многом проходит по заданному культурой сценарию.

Врач транспортной бригады приходит в палату, смотрит ребенка. Сразу начинает называть ребенка «мусик» — он, оказывается, довольно стабилен, розовый (врач и медсестра транспортной бригады обсуждают его хороший цвет) и даже открывает глаза — «глазки открыл». Поэтому он сразу получает множество комплиментов вроде «такой хороший» и «борец». Врач говорит: «Ты такой красивый. Ну и что, что мальчик, мальчики тоже должны быть красивыми». Когда ребенок двигается при перестановке капельниц, говорят «хулиганишь» (Дневник включенного наблюдения, роддом, июль 2023 г.).

Ребенок в этом случае хоть и требует лечения, реанимационной поддержки и транспортировки в стационар, его состояние не

¹ О роли медиализации в обретении индивидом «биологического гражданства» см.: [Rose, Novas 2004].

² Так называемый речевой регистр «бэби-тока», см.: [Ferguson 1964].

вызывает опасений и характер необходимых вмешательств очевиден врачам. Кроме того, движениями, плачем, открытыми глазами он «приглашает» к тому, чтобы комментировать его деятельность согласно культурным паттернам взаимодействия с младенцами и маленькими детьми. Такой разговор — знак для всех, что ситуация нетяжелая, рутинная, можно расслабиться и пошутить, разрядить обстановку. В следующем отрывке, хотя героями являются те же врач и медсестра, что и в цитате выше, характер коммуникации с младенцем резко отличается:

У ребенка низкая сатурация и низкое давление. Врач транспортной бригады говорит, что он сероватый, мраморный. Но когда включают свет, кажется, что он более розовый. В общем есть сомнения по поводу оценки внешних признаков. Медсестра транспортной бригады смотрит в памперс, есть ли стул и моча, — там одна капля. Медсестру роддома сразу просят поставить мочевого катетер. Она говорит, что «раз мальчик, то поставлю, а девочке бы ни за что не поставила» (Дневник включенного наблюдения, роддом, июнь 2023 г.).

Здесь видно, как в ситуации неопределенности падает объем обращенной к ребенку речи: никто не «сюсюкает». Ребенок интерпретируется как «тяжелый» и «непонятный», в том числе с точки зрения диагностики, он требует больше вмешательств. Он находится под седацией и не может проявлять себя обычным для младенца образом, подключенные к нему капельницы сигнализируют о том, что он тяжело болеет. В таком положении ребенок наименее «очеловечивается» и не воспринимается как коммуникативный партнер. Пол его в такой ситуации оказывается важен не как сосредоточение культурных стереотипов, как в предыдущем отрывке, но лишь с точки зрения обоснования медицинских манипуляций.

В роддоме врач наблюдает «пациента без истории», последующие этапы получают ребенка с короткой, но историей болезни. Однако нередко и здесь степень «прозрачности» пациента оказывается ведущим критерием его «сложности», в том числе эмоциональной, но здесь она связана не с отсутствием истории пациента, а с ее наличием. За термином «кот в мешке» стоит недоверие к предыдущему этапу диагностики и лечения, будь то роддом, перинатальный центр или же детская больница в другом регионе — предполагается, что профессионализм распределен неоднородно между «центром» оказания неонатологической помощи (сектор педиатрического стационара) и периферией (сектор родовспоможения и менее крупные или региональные педиатрические стационары).

Когда пациент переходит из одного сектора помощи в другой, ответственность за него распределяется между специалистами

этих этапов. Риторически можно переложить ее на предшествующее звено: неонатологи и медсестры неонатального отделения роддома винят в состоянии ребенка акушеров-гинекологов, врачи последующих этапов оказания помощи недовольны как акушерами-гинекологами, так и неонатологами роддома:

Не веришь никому, считаешь пальцы, смотришь наличие, там, попы [на предмет врожденных пороков], и так далее. Хотя до тебя его видело десять человек. И такие ситуации бывают, что, оказывается, то пальчика нету, то еще что-то, а никто и не заметил (врач реанимационно-консультативного отделения, ж., материалы фокус-группы, июль 2023 г.).

Сомнения в компетентности врачей первичного звена создают недоверие к их диагностике и действиям. Однако, отмечая нерадивость врачей предыдущего этапа, наши информанты из последующих звеньев помощи пытаются поддерживать их лицо, говоря, что они фактически просто боятся сложных, глубоко недоношенных пациентов и опасаются сделать что-то не так. Сдерживать эмоции в такой ситуации и не высказывать напрямую возмущение, необходимость «искать какой-то общий язык» — значительная часть эмоциональной работы медиков на стыке секторов.

Нам несколько раз удалось наблюдать ситуации взаимодействия между представителями роддома и транспортной бригады, которые позволяют сделать выводы об устройстве «работы над лицом» [Goffman 1956b] и эмоциональной работы на границе секторов.

Транспортная бригада возится с ребенком, а из врачей роддома никого не видно. «Мне кажется, он горячий», — говорит врач транспортной бригады, начинается замер температуры — 38,1. «Перегрели?» Бригада как-то недовольно переглядывается — мол, местные врачи не доглядели, что-то не так сделали, но напрямую это никак не произносится. Через некоторое время в палату приходит заведующая реанимацией роддома, она спрашивает у врача бригады совета по поводу другого ребенка в палате. Слышно, что она начинает жаловаться, что она не смогла уйти вовремя, потому что тяжелые дети начали рождаться, и еще рождаются два «порока» и две двойни. Врач бригады ободряюще говорит: «Все, пора домой, мы никому не скажем!» (Дневник включенного наблюдения, роддом, июнь 2023 г.).

В этом фрагменте сотрудники транспортной бригады невербально сигнализируют друг другу о «непрофессионализме» врачей роддома и позднее, уже в машине, обсудят эту ситуацию между собой. В глаза они не высказывают эту профессиональ-

ную претензию. Напротив, недовольство работой персонала роддома скрывается, а врач бригады проводит эмоциональную работу по поддержке уставшей коллеги. Подобная работа над эмоциями позволяет сохранять взаимоотношения между персоналом разных секторов, которые облегчают работу и помогают достигать неформальных договоренностей.

Вот еще один пример взаимодействия бригады и персонала роддома:

В палате роддома нас встречает врач-неонатолог. Немного суетливая и приветливая, она с какой-то заботой относится к транспортной бригаде и в какой-то момент подсовывает на каталку, на которой стоит кювез, конфеты. Говорит, что ребенок формально не ее, а лечащий врач ушла. Кроме того, в палате медсестра, говорит: «Я вам буду помогать». <...> Параллельно работе местная медсестра и члены транспортной бригады обсуждают детей мигрантов: «Что во Франции делается, нас то же самое ждет». Врач роддома говорит, что уже тридцать процентов родов у нас — «нерусские». Потом врач бригады и роддома обсуждают акушеров <...>: во-первых, они поздно «прокесарили» — был большой безводный период. Во-вторых, не обратили внимание на инфекцию и историю болезни матери, не сказали неонатологам. В какой-то момент медсестра жалуется местная, что им подсунили двух «нелегалов» (Дневник включенного наблюдения, роддом, июль 2023 г.).

В этом фрагменте врач-неонатолог рада приезду бригады, поскольку можно разделить ответственность за тяжелого ребенка. Она подчеркивает свое расположение и через коммуникативную работу, и через небольшой презент, который выполняет функцию установки контакта. В обмен она получает возможность уйти с работы, не задерживаясь дольше официального времени ее окончания. Свою функцию поддержания общности выполняет и *small talk*, который посвящен пациентам-мигрантам и «этническим» родам. С одной стороны, это и профессиональный разговор: здесь и виновники-акушеры, и недостаточно обследованные роженицы с нероссийским гражданством и без медицинской страховки, которые создают медицинские и бюрократические проблемы во всех секторах помощи. С другой стороны, этот разговор выходит за пределы узкопрофессионального, он работает с коллективными представлениями и страхами, характерными для более широких кругов обывателей.

Насколько в действительности все участники разговора разделяют эти представления, мы не знаем. Но важно, что жалобы, конфеты, шутки, сниженная лексика, разговор об «опасности» мигрантов и другие техники — это способ поддержать и отно-

шения, и рабочую обстановку в ситуации усталости, неопределенности и нервной нагрузки. Это создание общего коммуникативного поля ради более эффективного сотрудничества, тем более что «утрясать» приходится бюрократически неудобные ситуации. Так, в последнем кейсе врачу бригады в итоге удалось «выманить» у врача роддома необходимый для введения дорогостоящий препарат (препарат есть и в роддомах, и в стационарах, но все его экономят) и настоять на инфекционном диагнозе в выписке, хотя для врачей роддома это дополнительные хлопоты по регистрации в эпидемиологическом бюро. В конечном счете подобная коммуникация и эмоциональная работа преследуют профессиональные цели и ставят в центр не только собственное удобство, но и благо пациента.

Одновременно с критикой врачи других секторов дискурсивно проявляют и сочувствие по отношению к коллегам и готовы взять на себя больше, чем формально обязаны:

Бывают ситуации, когда ничего <...> не получается, и понятно, что транспортировка пациента исключена абсолютно по этим причинам, и вот у меня были такие ситуации, когда просто эмоционально ты не можешь уехать, сказать: «Ну всё, ребята, здесь всё». Да, вот поставили, написали бумажки и уехали. Ну, просто приходится оставаться там до финала практически, хотя бы чтобы морально поддержать доктора, который продолжает с ним работать дальше, понимает, что в общем там уже, в общем, делать больше нечего практически (врач реанимационно-консультативного отделения, м., материалы фокус-группы, июль 2023 г.).

Роддом берет на себя ответственность за смерть нетранспортабельного ребенка, и летальный исход попадает в его статистику. Но врач транспортировочного сектора берет часть моральной и коллегиальной ответственности на себя, разделяя и ее эмоциональную тяжесть. Идея о необходимости разделения эмоционального труда — часть самопрезентации и конструкции профессионализма.

Ситуации, когда неблагоприятный прогноз или смерть ребенка неизбежны, тем не менее представляют угрозу для профессиональной идентичности. Это вызывает необходимость риторически переложить ответственность на предшествующую историю беременности:

Врач рассказывает об истории, которая произошла недавно и вызвала у нее много эмоций. Врач спрашивает, насколько я чувствительная, и показывает мне фото ребенка с огромной опухолью на голове. У мамы выявили патологию внутриутробно, но в какой-то частной клинике ей сказали, мол, все

будет окей, рожай! Врач осуждает клинику и маму, сожалеет и возмущается, что это куча денег и ресурсов, которые тратятся на нежизнеспособного ребенка (Дневник включенного наблюдения, карета скорой помощи, июнь 2023 г.).

Врач здесь возлагает ответственность за рождение нежизнеспособного ребенка на врачей акушеров-гинекологов частной клиники и саму мать. Она размышляет об экономии ресурсов (материальных, физических, эмоциональных) в связи с «бесперспективными» ситуациями — это риторический элемент, подчеркивающий профессиональные ценности в связи с принципами «медицинской сортировки» пациентов¹.

Итак, для врачей в их отношении к пациенту и оценке собственной эмоциональной и когнитивной вовлеченности в работу с ним играет роль степень прозрачности состояния ребенка и возможность предсказать динамику состояния. Неопределенность состояния пациента может быть связана с разными предшествующими обстоятельствами. В ситуациях такой неопределенности принятие медицинских решений осложнено, и это увеличивает нагрузку на врача, в том числе эмоциональную. На уровне риторики ответственность за состояние пациента в случае неопределенного или же плохого прогноза возлагается на акторов, которые имели отношение к его жизни на всех предыдущих этапах. Тем самым ответственность дискурсивно распределяется между множеством акторов, в чем можно увидеть не только способ сохранить собственное профессиональное лицо, но и специфическую эмоциональную практику.

«Расширенный пациент» как коммуникативная проблема

Пациент неонатальной помощи рассматривается скорее как более или менее сложная профессиональная задача: чем выше сложность, чем больше все идет не по плану, тем выше напряжение и сильнее саморефлексия. Ребенок еще не наделяется сознанием и «личностью», сам по себе не вызывает жалости или сопереживания. Сочувствие, раздражение, работа над сдерживанием этих эмоций в большей степени вызываются сопутствующими ребенку взрослыми.

Родители, особенно «мамы»², сами по себе не являются пациентами ни одного из описываемых секторов неонатальной помощи. Врачи-неонатологи, выстраивая свою профессиональную идентичность в противовес акушерам-гинекологам, говорят:

¹ О социальных аспектах триажа см.: [Wamsiedel 2020].

² Здесь и далее при описании материала для обозначения матерей мы используем слово «мама», заимствуя его из эмного лексикона, поскольку официальное слово «мать» в контексте нашего исследования представляет собой насилие над материалом.

«Нам абсолютно параллельно на женщину, а состояние ребенка волнует очень даже». Тем не менее во всех секторах врачи и медсестры взаимодействуют с родителями, оценивают и обсуждают их, а в некоторых отделениях родители оказываются центральными объектами эмоциональной работы. И уж точно во всех секторах «рождение» и становление ребенка-пациента происходит с оглядкой на его мать и семью. Для того чтобы обозначить такую конструкцию, мы используем термин «расширенный пациент» — он не попадался нам в исследовательской литературе, однако первое рассуждение о социально-распределенном пациенте (таком как ребенок — родитель, человек с психиатрическим диагнозом — член его семьи, пожилой — сопровождающий) встречается еще у Толкотта Парсонса (см., например: [Parsons 1951: 300])¹.

В секторе первичной неонатальной помощи взаимодействие с родителями описывается как весьма эмоционально насыщенное, практически как поле боя, где врачи и медсестры ожидают угроз, жалоб, вызывающего поведения и завышенных требований внимания, причем претензии описываются как неадекватные реальности:

Я ставлю ребенку вену, а она [мама] стоит за дверью. Естественно, он плачет, он большой, живой. Я ему говорю, типа: «Я понимаю, что тебе больно». Но я спокойно разговариваю с ребенком. Не знаю, мне кажется, все это делают. <...> И она стоит за дверью. В этот момент она начинает дико орать, залетаает, хватается за руку, типа, бежит к заведующему, что, типа, вот, она говорит моему ребенку, что ему больно, и все равно его колют. Там начинается вот эта суматоха. <...> Вот, написали жалобу на заведующую, еще на нескольких врачей (медсестра роддома, ж., материалы фокус-группы, октябрь 2023 г.).

Медсестры подчеркивают, что стараются избегать конфликтов с родителями и не сообщать им никакой медицинской информации, в которой не уверены, в том числе чтобы не подставлять себя под удар. И врачи, и медсестры хором говорят о том, что для родителей они «вредители» и «гестапо», хотя и пытаются объяснить это эмоциональным состоянием женщины и ее семьи после родов: если с ребенком что-то идет не так, то родители не могут моментально это принять и винят в этой ситуации тех, кто не дает санкцию на выписку.

¹ Схожая идея также обсуждается в терминах распределенного принятия медицинских решений в случае диады «родитель — ребенок» [van Nistelrooij et al. 2017] и сниженной агентности ребенка в этих ситуациях (см. обзор работ: [Clemente 2015: 13–21]). Ранее термин «расширенный пациент» также был использован в магистерской работе [Булнина 2021], защищенной на факультете антропологии ЕУСПб.

Семья пациента представляется как большая нагрузка: бабушки и дедушки, выспрашивающие подробности по телефону, отнимают время и отвлекают от работы. Отцы и вовсе описываются в анекдотическом жанре: потребовал присутствовать при реанимации, но упал в обморок, угрожал пистолетом, но расплакался (так описывается ситуация, случившаяся в начале 1990-х гг., во времена расцвета криминала). Работа в напряженном эмоциональном контексте рисуется как часть образа профессии, в которой, чтобы уделить время пациенту, приходится продираться сквозь опасности, причем как юридического, так и вполне «физического» плана.

Говоря о непонимании и сложности контакта с родителями, наши собеседники нередко описывают мам одновременно как тех, кто претендует на экспертность («я почитала в интернете»), пытается контролировать действия медперсонала («ходит с диктофоном»), требует индивидуального внимания, особенно в случае, если роды были платными, но при этом как совершенно неподготовленных к рождению ребенка, не понимающих, как его кормить и что делать, если он спит. Определенное раздражение вызывают родители, которые отказываются от лечения ребенка и забирают его домой:

Я себя поймала на мысли в какой-то момент, что я очень сильно злюсь, когда женщина отказывается от лечения. Меня прямо, не знаю, лавиной гнева накрывает. При этом, конечно, с нормальной женщиной при этом разговариваю, но у меня есть впечатление, я знаю, как надо, знаю, как лучше, а ты сейчас вредишь, и я как будто бы тем самым присваиваю этого ребенка себе, потому что я за маму принимаю решение, я знаю, что надо лечить, а она отказывается от этого лечения. Мне вот тяжело общаться, когда женщина отказывается, например, от лечения (неонатолог роддома, ж., материалы фокус-группы, август 2023 г.).

Отказываясь от лечения, мама не только проявляет недоверие к врачу и ставит под сомнение его действия, но прежде всего, по мнению неонатолога, угрожает ребенку, не давая врачу шансов проявить профессиональную компетентность. В этом секторе в случае рождения ребенка, которому требуется неонатологическая помощь, происходит «торговля» за право матери включаться в диаду «родитель — ребенок» и выступать в роли расширенного пациента, принимающего решения за ребенка, и за право ребенка быть индивидуальным пациентом неонатолога, и соответственно за право неонатолога изолированно принимать медицинские решения. В приведенной цитате подобные ситуации становятся для врача поводом поразмышлять о субъектности матери и собственном праве «присвоить» ребенка.

Несмотря на такое насыщенное противоречивыми оценками и эмоциями описание взаимодействия с родственниками пациента, врачи говорят и о необходимости искать с ними контакт, выстраивать с ними отношения, объяснять. При этом врачи жалуются на то, что для такой коммуникации у них нет образования, сформированных навыков и должной подготовки:

А мне кажется, на самом деле, у нас недостаточный уровень психологического воспитания или способности [возможности] столько уделить времени, сколько бы уделил психолог, компетентный человек, потому что все равно, мне кажется, наше общение и успешная коммуникация с родителем — это личный опыт. То есть мы много-много раз пообщались, мы поняли, как эффективно, — значит, общаемся по этой эффективной модели. Пока каждый человек <...> не найдет эти ключики, уже не будет быстро видеть человека, [ничего не получится]. То есть это такая вторая специализация, по которой ни у кого не лежит диплом (неонатолог роддома, ж., материалы фокус-группы, август 2023 г.).

В этой цитате врач, противопоставляя себя психологу и подчеркивая отсутствие у медицинских работников психологического диплома, фактически включает выполнение функции психолога в понимание собственной профессиональной роли по отношению к родителю. Поддерживая подобный образ, врачи с сетованиями на то, что родители отнимают временные ресурсы, переключаются на сожаления о недостаточном контакте с родителями. Медсестры в течение фокус-группы тоже переключаются с критики родителей на рассказ о собственной роли в обучении матери базовым навыкам обращения с младенцем:

Я очень люблю, я как бы их [мам]... Так, значит, руки моем, тут переодеваем. Они же такие вот, они же иногда вот такие, недоношенных же они очень боятся, и, если ты начинаешь, они — их надо подтолкнуть туда и сказать: «А вы знаете, как это важно, что вы с ним разговариваете? А он вас слышит, а вы хотите, чтобы он выздоровел?» И ты вот начинаешь это «тин-тин-тин», и она уже так, она начинает уже что-то делать... (медсестра роддома, материалы фокус-группы, август 2023 г.).

Медсестры подчеркивают свое желание социализировать женщину в ее новом статусе матери, проводить эмоциональную работу с мамой, общаться с ней и обнадеживать. Подобного доверия заслуживают, как правило, только «адекватные» мамы (базовой категоризацией «адекватный — неадекватный» в отношении родителей пользуются медицинские специалисты во всех секторах помощи).

Из следующего фрагмента наблюдения в роддоме становится понятно, что медсестры не только выполняют социализирующую функцию по отношению к матери, но и проявляют себя как властная инстанция, обеспечивающая или ограничивающая доступ матери к ребенку:

Дважды заглядывает мама еще одного ребенка из реанимационной палаты, но ему пока не требуется транспортировка. Медсестра роддома ей дважды говорит, что, мол, не пустим, пока не переведут «тяжелого» ребенка. Во второй раз мама подходит и беспокоится, что это ее ребенка переводят. За несколько часов нашего пребывания в роддоме ее так и не пустили к ребенку, хотя палата просторная и работе бригады физически она не помешала бы (Дневник включенного наблюдения, роддом, июль 2023 г.).

У медсестры нет клинически или институционально обусловленных причин не пускать мать к ребенку, но она действует как лицо в «белом халате», ситуативно облеченное властью. Не пуская мать в палату к ребенку, медсестра облегчает себе жизнь: это способ не создавать лишних помех, не тратить лишних ресурсов, не проводить эмоциональную работу и при этом продемонстрировать заботу о коллегах из бригады. Подобные действия, видимо, обусловлены нехваткой персонала в роддоме. В других контекстах подобные проявления контроля со стороны медперсонала могут рационализироваться через отсылку к заботе о чувствах мамы.

В секторе реанимационных выездных бригад контакты медицинских работников с родителями минимальны. Обязанность сообщать медицинскую информацию о ребенке возложена на врачей роддома. Сотрудники реанимационно-консультативной службы говорят, что обычно лишь кратко поясняют для мамы, в какую больницу и к каким специалистам везут ребенка:

Приходит мама, хрупкая, красивая женщина лет 35, держится за спину и живот, идет хромая, как будто преодолая боль. Она доходит до палаты и на пороге начинает плакать и отворачиваться. Врач роддома и транспортной бригады переглядываются, мол «ну все понятно» (видимо, расценивая состояние мамы как «неадекватное»). Но вскоре она возвращается, несколько взяв себя в руки. Смотрит на ребенка издали, с расстояния пары метров, и плачет. Ни врач и медсестра транспортной службы, ни заведующая реанимации роддома ничего ей не говорят: немая сцена в полной тишине. Но вдруг медсестра бригады нарушает тишину и начинает с мамой беседовать! Говорит, что его повезут в больницу, и сообщает номер. Мама спрашивает, они ли будут лечить, медсестра отвечает, что нет: «Мы транспортная бригада, мы только пере-

даем. Наша служба невидимая, но не волнуйтесь, мы за всех детей переживаем, как за своих. Всех помним. Вы не плачьте — у него все хорошо». Мама тогда говорит, что она понимает и что плачет от радости! Увидев, что мама более стабильна, чем показалось сначала, и врач транспортной бригады, и врач роддома подключаются к разговору. Заведующая, которая до этого, жалуясь коллегам на рабочие проблемы, вела себя экспрессивно, отвечает на вопросы мамы совершенно спокойным тоном: ребенок получает питание, смесь для детей его возраста, «на нейросонограмме все в пределах возрастной нормы» (Дневник включенного наблюдения, роддом, июль 2023 г.).

Мама появляется в палате, медики пытаются оценить ее «адекватность». Медсестра транспортной бригады разряжает обстановку и проявляет «человеческое» отношение к маме, осуществляя эмоциональную работу, от которой врачи пытаются отмежеваться. Она обнадеживает и утешает маму, объясняет ей простые вещи про транспортировку ребенка, и слезы мамы помещаются в другой фрейм: она не в «истерике», а плачет от радости. Такое переключение фрейма [Goffman 1974] позволяет врачам без опаски вступить во взаимодействие с мамой и рассказать ей о здоровье ее сына, ведь она «адекватна» и общение с ней не угрожает медикам. Врач-неонатолог роддома берет под контроль свой темперамент и разговаривает с мамой как профессионал. Для медсестры, которая первоначально берет на себя коммуникативную работу, это и способ сконструировать или повысить собственный профессиональный статус и в глазах врачей, и в глазах родителей.

Вот еще один фрагмент, иллюстрирующий коммуникативную и эмоциональную роль медсестры в ситуации транспортировки детей:

В палату приходит мама, выглядит довольно спокойной. Медсестра транспортной бригады спрашивает, держала ли ребенка на руках. Мама — нет. Ей дают ребенка, уже запеленутого для перевозки. Мама держит сверток с ребенком и начинает плакать. Медсестры начинают утешать: «Мама, только не плакать, берегите молоко!» Спрашивают, как зовут детей. Мы собираемся ехать, выходим в коридор. Врач транспортной бригады, которая до того заполняла документы, возвращается и спрашивает, почему не выезжаем. «Там мама держит». Она говорит: «Могли бы и без этого обойтись». Потом, по возвращении, она скажет неодобрительно, но без пояснения, что «мама там... такая» (Дневник включенного наблюдения, роддом, отделение транспортной службы, ноябрь 2023 г.).

Медсестры не только проделывают эмоциональную работу согласно корпоративным нормам (запрет на слезы), но и демон-

стрируют, что играют важную роль в социализации мамы — дают маме впервые поддержать ребенка, призывают заботиться о молоке. Фактически они идут поперек воли врача, которая расценила маму как «неадекватную», и оберегают ее возможность контакта с ребенком. Возможно, что в логике врачей, ограничивая контакт мамы с ребенком, они осуществляют специфическую заботу о ней: она не увидит ребенка в плохом состоянии, не успеет привязаться к нему в случае негативного исхода.

Иногда эмоциональную работу берут на себя и врачи. По всей видимости, это зависит от состава бригады (в том числе гендерного — мужчины, как мы уже видели из примеров выше, менее склонны к эмоциональной коммуникации) и индивидуальных особенностей ее сотрудников:

В палату меж тем приходит мама ребенка, которого будет транспортировать бригада. Стоит рядом, бледная и заторможенная, потом начинает плакать. «Мама! Если будете рыдать в палате, то выгоним!» — говорит врач транспортной службы. «Тут — только положительные эмоции! Не плакать! Ауру не портить! Не рыдаем, молоко бережем!» Потом врач смягчается и говорит маме, что дети чувствуют эмоции, поэтому плакать нельзя. Мама спрашивает, куда везут, врач называет номер больницы — туда, где есть кардиология. «Все будет хорошо, все будет хорошо», — утешает она ее, но о состоянии ребенка ничего не сообщает и, пытаясь отвлечь, спрашивает: «Как ребенка назвала?» Позже, в лифте, она признается, что ненавидит, когда мамы плачут, — «это раздражает» (Дневник включенного наблюдения, роддом, июнь 2023 г.).

Мы видим, как запрет на слезы реализуется в полной мере. С одной стороны, мама, которая плачет от радости после родов, или мама, которая плачет, переживая за состояние своего ребенка, — это культурно нормативные сценарии проявления эмоций. Но в данном контексте они неприемлемы, поскольку врачу приходится расходовать ресурс на эмоциональное включение, а не на срочную медицинскую помощь ребенку. Слезы матери здесь рассматриваются как угроза и психологическому благополучию врача, и физическому благополучию ребенка. Их следует немедленно прекратить: угрозами, отвлекающими маневрами, утешениями или церемониальными утешениями вроде «все будет хорошо». При этом если раздражение от действий коллег другого сектора принято скрывать, то в отношении родителей до некоторой степени его допустимо демонстрировать. Демонстрация раздражения поведением родителей становится частью профессиональной и корпоративной коммуникации, так же, например, как заочное обсуждение пациентов.

В дискурсе врачей реанимационно-консультативного центра родителей, как правило, упоминают как тех, на кого можно возложить вину за состояние ребенка, — это мамы, которые не обследуются или не делают аборт при наличии очевидных медицинских показаний. Эти обвинения не высказываются в лицо: врачи, предполагая, что ответственность за положение дел лежит на маме, и испытывая злость и огорчение по этому поводу, проводят определенную эмоциональную работу и сдерживают свои эмоции согласно корпоративным ценностям. В ходе фокус-группы врачи словно пытаются пересмотреть свою обвинительную риторику и встают на защиту матери и ее решений. Другие врачи говорят:

Лично у меня такие моменты, я отпускаю, с одной стороны, про себя так первая мысль: «Что ж ты сделала? Зачем это все надо?» С другой стороны, это ее выбор, это ее история (врач реанимационно-консультативного отделения, ж., материалы фокус-группы, июль 2023 г.).

Мы не знаем, потому что они все разные, да. Кто-то придет вообще там: «Где подписать надо?» — даже не глядя на ребенка <...> — закорючку поставила и все. И даже... «Да, все, поехал? Все, я пошла тогда». И все — бывают такие истории. Это ничего не говорит об этой [маме]... Нет, это можно подумать об этой маме что-то: «Ну вообще какая-то психистка». Но на самом деле никто не знает, что там через сутки будет, потому что гормональный фон у нее меняется. Сейчас у нее так или там еще что-нибудь случилось с семьей, еще какие-то вещи, поэтому... (врач реанимационно-консультативного отделения, ж., материалы фокус-группы, июль 2023 г.).

Как и персонал роддома, врачи транспортного звена во время фокус-группы приходят к необходимости дискурсивно оправдать поведение мам, даже то, которое во время непосредственного взаимодействия вызывает у них раздражение или актуализирует определение «неадекватная».

В секторе реанимационного стационара общение медицинского персонала с родителями становится более регулярным и системным. Здесь не обойтись без подробных объяснений и выстраивания долгосрочных отношений, ведь ребенок может пребывать в реанимации длительное время. В большей или меньшей степени понятен прогноз ребенка, и в некоторых случаях это требует от врача специфической работы, коммуникативной и эмоциональной, по сообщению плохих новостей. В этом секторе, по крайней мере на уровне репрезентации на фокус-группе, у врачей появляется больше понимания по отношению к родителям:

Если мы говорим об этом, есть такая вообще большая проблема, потому что все женщины идут в родильный дом за здоровым новорожденным, и когда что-то случается, это такая тяжелейшая ситуация, когда купила пеленки, распашонки, окруженная всякими бантиками, пинетки, шапочки и прочее, а ребенок поехал на пятые сутки не домой, а в первые часы жизни в отделение реанимации. И, конечно, это очень, на самом деле, колоссальный стресс для семьи. И часто приходится его делить с родителями, то, что касается первых дней (врач реанимационного отделения, м., материалы фокус-группы, август 2023 г.).

Врач рассуждает в терминах разделения эмоций и стрессового состояния с родителями, он конструирует себя как эмпатичного человека, который представляет и ожидания мамы перед рождением ребенка, и ее шок от краха нормативного сценария.

Врач говорит об ответственности всех медиков за целостность картины, которая складывается в голове у родителя, и о необходимости диалога с ним. Похожим образом врачи роддома говорят о поиске ключика к коммуникации с родителями, но здесь от успешной коммуникации с родителем и выстраивания отношений доверия зависит как максимум успех лечения, а как минимум облегчение для всех сложного периода пребывания ребенка в реанимации. Родители же могут не только не понимать или неверно интерпретировать слова врачей, но и прямо обвинять их в том, что случилось с ребенком:

«Как вы так лечили, вы убили его антибиотиками или порвали легкие вентиляцией!» То есть ты мне объясни [родителю], что гнилая легочная ткань, она <...> от любой вентиляции может порваться, да? Ну, вот эти вот моменты, и на это приходится там словарный запас свой и так, и сяк [использовать весь свой словарный запас]. И там на примерах, что только мы там [ни делаем] — шарики надуваем, что только мы ни придумаем, чтобы донести (врач реанимационного отделения, ж., материалы фокус-группы, август 2023 г.).

Врачи выстраивают свой профессиональный образ вокруг собственной моральной безупречности и психологической устойчивости перед необходимостью на пальцах доносить обывателям медицинское знание. Даже в случае подобных обвинений, воспринимаемых как несправедливые, врачи остаются верны своим принципам и пытаются всеми способами добиться хоть какой-то степени понимания от родителя. У этого эмоционального труда есть своя цена: сочувствуя, сопереживая, а главное, пытаясь говорить с родителем на одном языке, врач тратит ресурсы, которые предназначены ребенку.

Зачастую картина взаимодействия с родителями описывается в терминах ответственности, которая имеет сложную конфигурацию. Врачи, по их утверждениям, пытаются снять чувство вины с родителей, выступая в роли психологов, хотя и предполагают, что, пусть и невольно, но и на маме, которая недостаточно внимательно отнеслась к своему здоровью, может лежать ответственность. Одновременно врачи принимают значительную часть ответственности на себя: и за сообщение плохих новостей, и за состояние ребенка, и за его смерть. Сообщение о смерти ребенка — одна из самых тяжелых обязанностей врача реанимации, ведь именно в этом отделении чаще всего случаются летальные исходы. Такое действие сложно назвать рутинным — оно требует огромной эмоциональной работы: необходимо регулировать собственные эмоции по отношению к родителям, улаживать моральные дилеммы внутри себя, снимая с себя ответственность за неизбежную смерть. Если же ребенок успешно вылечивается, то фотографии выздоровевших детей, которые затем присылают им родители, служат важным эмоциональным и моральным вознаграждением, укрепляющим представления о ценности собственного дела: «Эти фотоотчеты не позволяют уйти в “Яндекс Доставку”».

«Девяносто процентов нашей работы — это родители и бумажки», — так характеризуют свою работу сотрудницы отделения патологии новорожденных. Именно на этом этапе помощи общение с родителями носит наиболее интенсивный и длительный характер. «Опять вернулись к теме, да? Родители. Больная тема. Не, про детей никто не пожаловался — родители», — говорит одна из врачей, когда наша попытка вернуть разговор собственно к новорожденным не увенчалась успехом.

В этом звене существует разветвленная классификация родителей, которая не ограничивается делением на «адекватных» и «неадекватных». Врачи выделяют, например, группу родителей со сложным социальным статусом — выпивающих, тех, кто может отказаться от ребенка, выпускников детских домов. Иногда сотрудники отделения вмешиваются в социальную ситуацию семьи и просят органы опеки ее проверить. Наибольшую коммуникативную проблему составляют родители с определенным габитусом «хамов»:

Сейчас <...> такая прослойка какая-то, которая очень требовательная, научена интернетом, соседкой, подружкой: как надо требовать с докторов, что надо требовать, что ты имеешь право. Они полагают, что они могут открывать дверь ногой и разговаривать с тобой как с обслуживающим персоналом, который тебе все должен, а ты в ответ должен улыбаться

(врач отделения патологии новорожденных, ж., материалы фокус-группы, сентябрь 2023 г.).

Врачи сетуют на то, что подобные родственники пациентов воспринимают медицину как услугу, в ходе предоставления которой врач должен проделывать эмоциональную работу вроде той, что проделывают стюардессы Арли Хохшильд и любые другие сотрудники сферы обслуживания. «Хамское» же поведение родителей требует от специалистов специфических навыков регулирования своих и чужих эмоций во взаимодействии¹.

Однако именно в этом отделении происходит полноценное рождение и становление расширенного пациента. Присутствие родителя — не только помеха и трата временного ресурса. Если родитель видит, что происходит с ребенком, наблюдает за его состояниями и манипуляциями, которые проводит медицинский персонал, то доверие к врачам возрастает. Это облегчает и коммуникацию между врачом и родителем, потому что дополнительных объяснений не требуется. Врачи из этого сектора помощи завершают разговор о родителях в терминах реципрокности: большинство родственников — благодарные люди, которые ценят участие врачей и их трудозатраты. За небольшой вклад в поддержку родителей врач получает награду — в виде включения в семейный чат, эмоционального признания и последующих фотографий растущих детей. Врач оказывается членом расширенной семьи младенца, по крайней мере на время госпитализации, а иногда и на более долгий срок: теплые отношения с мамами, сложившиеся в отделении, иногда перерастают в дружеские.

Итак, тогда как в случае взаимодействия с коллегами общение выстроено скорее на сдерживании эмоций с прагматической целью сохранения длительных лояльных отношений, с родителями дело обстоит иначе. Эмоции роженицы могут мешать медикам — отнимать силы, отвлекать внимание от пациента-ребенка, вызывать раздражение, поскольку сочувствие в силу профессионального отстранения затруднено. В случае, когда родитель не является частью расширенного пациента, это раздражение нередко выливается на родителей. То есть работа с эмоциями производится с позиции культурно распространенных норм (например, считается допустимым так реагировать на непрошенные вопросы со стороны случайных прохожих или неожиданных посетителей), не из специфичных для профессиональной группы установок. На тех этапах, где родитель играет

¹ Наш материал становится своего рода контрапунктом к обсуждению хамства медицинского персонала в учреждениях родовспоможения — см.: [Temkina et al. 2021].

более значительную роль, где, как предполагается, он должен понимать, что происходит с ребенком, и помогать медикам делать свою работу и где с ним складываются своего рода «профессиональные» отношения, поиск контакта и взаимно приемлемых форм общения с родителями становится более важной задачей. О том, как сами медики видят последствия этого разнонаправленного эмоционального труда, мы поговорим в заключительном разделе.

«Выгорание»: границы личного и рабочего

Когда я начала работать, первые пять лет, мне было очень тяжело в разных планах. И я не то, что рассказывала, я срывалась. Я могла кричать на мужа, на маму, на своего старшего ребенка. Просто на ровном месте. [Муж] в один момент сказал, что «либо ты как-то себя контролируешь, либо мы расходимся». [Сейчас] вот такой эмоциональной составляющей, ее уже нету. Но поначалу она была очень сильная, и от этого очень страдали мои близкие до такой степени, что, [например], муж говорит: «Мы же иногда даже боимся, ты заходишь домой, мы все по углам сидим». Даже я здесь [на работе] не срывалась, я срывалась вот на близких. И он мне на это указал, это было очень неприятно слушать, потому что мне казалось, что такого нет, что они все дураки, я им указываю на недостатки. Это было не так. Вот потом, ну, так как я уже довольно-таки взрослый человек, вот, и я уже как-то более спокойно отношусь. Но вот когда у меня два или три года назад умерла девочка, которую я вела, умерла на реанимации, но тем не менее ухудшалась она здесь, и меня вышибло где-то на... полгода точно, я не могла прийти в себя, я даже к психологу ходила, потому что я не могла это в себе принять, вот (врач отделения патологии новорожденных, ж., материалы фокус-группы, сентябрь 2023 г.).

Этот рассказ иллюстрирует, каким образом медицинские специалисты проводят границы между рабочей и личной жизнью, конструируя свою профессию и себя в ней определенным образом. Врач рассказывает о своем состоянии в терминах постепенной профессионализации эмоций, отстранения от них, обретения самоконтроля, что также становится чертой образа медицинского профессионала.

Как мы отмечали в самом начале, наши собеседники склонны оперировать понятием «профессионального / эмоционального выгорания». Мы не можем судить о том, есть ли у них «эмоциональное выгорание». Для нас «эмоциональное выгорание» — это конструкция из области популярной психологии. Мы обозначим соотношения, которые проводят наши собеседники между эмоциональным стрессом и условиями их работы, и покажем,

каким образом это связано с конструированием себя как профессионала.

Врачи-реаниматологи, как транспортной бригады, так и педиатрического стационара, не применяют словосочетание «эмоциональное выгорание» к себе — это происходит с другими, с кем-то, кто не выдержал, впал в депрессию или «спился». Их собственный мир переживаний оказывается отрегулированным, хотя и небеспроблемным, и они рассуждают об эмоциональной культуре в профессиональных терминах:

Да, проблема [потребности в психологической поддержке] существующая. Я уже давно веду разговор о том, что на отделении должна работать хорошая психологическая служба, <...> и как психологи должны работать в одной коалиции с врачами, да. Потому что, скажем так, это служба, которая может помочь нам в общении с пациентами и нам самим. Это очень важно. Каждый человек знает сам по себе: если он устал, он не может нормально общаться. Если у него есть какой-то ресурс, то это совсем другое качество общения (врач реанимационного отделения, м., материалы фокус-группы, август 2023 г.).

В этой цитате врач-реаниматолог в нейтральном ключе рассуждает в терминах профессионализации эмоций от экстренных или выматывающих рабочих ситуаций и потребности в психологической помощи, а также в терминах нормальной усталости от работы. «Ну, только имейте ввиду, что выгорание все-таки есть», — продолжает тот же врач, и далее наши собеседники-реаниматологи рассуждают об эмоциональном выгорании в психологических, медицинских и психиатрических терминах (употребление психоактивных веществ, бессонница, посттравматическое стрессовое расстройство) или в терминах медицинской этики и деонтологии (неизбежность сострадания пациентам), тем самым подчеркивая свой профессионализированный подход к миру эмоций.

Сотрудники реанимационных отделений стационара и транспортного сектора скорее описывают свое состояние на работе в терминах увлеченности, интереса к работе, «горения»: «Это как решить сложную математическую задачу», — говорит о своей работе в скорой врач-реаниматолог. «Мы все наркоманы адреналиновые!» — говорит врач реанимационного стационара. «Трудоголики!» — вторит ему другой. «Интересно, нескучно, абсолютно нескучно», — говорит медсестра этого отделения. Работа и в реанимации, и в скорой описывается в терминах единственно возможного жизненного выбора:

В реанимации понимаешь, что ты либо должен до конца дней своих в этой работать, либо радикально что-то менять, ухо-

дить и осваивать совершенно другое, не знаю, там, <...> стоматологию, УЗИ и черта в ступе, только вот подальше от этого всего (врач реанимационно-консультативного отделения, м., материалы фокус-группы, июль 2023 г.).

«Скорая — это образ жизни», — произносит медсестра транспортной службы. Другая, обращаясь к исследовательнице, вылезая из машины, говорит: «Почувствуйте, как важно побыть на земле», — тем самым давая понять, насколько работа буквально въелась, встроилась в тело. В подобной конструкции, когда профессиональная жизнь и идентичность оказываются тесно связаны, увольнение, уход из профессии практически невозможны: если человек продолжает в ней оставаться, то он «на адреналине» и выгорание ему не грозит.

Единственной жалобой на условия работы сотрудников скорой становится жалоба на проблемы со спиной, которые обусловлены недостатками инфраструктуры: неудобными креслами в машине, непродуманными пандусами для тяжелых кювезов. Лишь одна из медсестер реанимационного стационара, ссылаясь на тяжелый график работы, признает: «Вот я выгорела сто процентов». Однако из-за жизненных обстоятельств уйти она не может: ей необходимо обеспечивать семью, и интенсивный график является ее собственным выбором. Она связывает свое выгорание не со спецификой работы, но с усталостью от жизненных обстоятельств.

В целом в отделении патологии новорожденных говорят о выгорании скорее в терминах усталости в конкретных, институционально обусловленных ситуациях: долгое отсутствие отпуска или большое количество пациентов. Выгорание описывается скорее как временное состояние, не имеющее отношения к представлениям о собственной профессиональной применимости и не влияющее на понимание профессиональной идентичности, которая для врачей этого отделения также важна:

Запишите в книгу, что самое интересное — это работать на втором этапе! Потому что роддом, че там? Родил, перевел, реанимация тоже там: экстубировал, интубировал. Да, а реанимационно-консультативная служба привезла [смеются]. А конфетки нам дарят! (врач отделения патологии новорожденных, ж., материалы фокус-группы, сентябрь 2023 г.).

В этом фрагменте врачи противопоставляют свою работу «адреналиновой» работе реаниматологов, которые овеяны героическим ореолом, и заявляют, что их профессиональное направление не менее ценно и работать в отделении патологии новорожденных не менее увлекательно.

В секторе роддома рассказы о выгорании приобретают более системный и выраженный оттенок, они более личностны и бескомпромиссны. Врачи и медсестры роддомов признают, что из-за усталости и нагрузки находятся на работе в «дестабилизированном» эмоциональном состоянии, и вне работы после тяжелого дежурства любой «немедицинский» триггер может спровоцировать срыв. Слова, которыми информанты в этом секторе описывают свое эмоциональное состояние и эмоциональную культуру в целом, показательны: «истерика», «выплеснуть», «эмоционально гнобить», «добивать», «истощен». Они обладают яркой метафорической основой и указывают на интенсивность переживаний или во всяком случае на то, каким свой эмоциональный мир участникам важно представить в пространстве фокус-группы.

Для медсестер профессиональное выгорание связано во многом с уже упомянутым ранее отношением вышестоящих коллег и низкой позицией в профессиональной иерархии, т.е. с институциональной структурой и эмоциональной культурой конкретных организаций. Связь специализации и идентичности здесь менее тесная:

Я выгорела. Ну, я прям поняла, вот эти две смены работы последние, они меня очень сильно перемололи, потому что вот это врачебное отношение, которое было для меня [тяжело]... <...> Я вообще уволилась из-за того, что у меня случился нервный срыв прямо на улице после смены. <...> Я уволилась, пошла, нашла другую работу, там первые полгода, мне кажется, я просто откисала, потому что в целом там делать активной такой работы нет, я просто ходила, мне прям так: «Ух, как хорошо, как здорово!» А потом я поняла, что я больше не могу, но у меня прям, я не получаю удовольствия от того, что я делаю, до этого я прям горела своей работой, такой: «Блин, так здорово: дети, я помогаю. Мне нравится». А теперь я просто хожу и прихожу, как к станку (медсестра роддома, материалы фокус-группы, октябрь 2023 г.).

Сестры курсируют, например, между отделениями «физиологии» и «реаниматологии», меняют учреждения, и если в своей профессии в целом они видят ценность («помогать детям»), то конкретное звено помощи не становится для них «образом жизни».

Врачи роддома также говорят о выгорании в терминах институциональных условий, но иного порядка:

Да, я для себя работаю. Я заболела, понимаете? Я работала и для себя. Я заболела — и всё, ни стране... Я никому не нужна. <...> Ты покинутый. Хотя ты всю жизнь работал в медицине,

и ты всю жизнь этому посвятил, тебе это нравится, тебе это органично, это твое, ты пришел-то по призванию, ты себя в другом не видел. А сейчас, чем больше я расширяюсь, я понимаю, что можно жить по-другому, можно выйти в жизнь, в другую ситуацию. И это нехорошо, неправильно. Наверное, в этом заключается профессиональное выгорание. Что ты в это вкладываешь, что ты себя вложил, и люди знают, как я работаю, и ты понимаешь, что вложил, потому что это тебе нужно было, а больше никому это не нужно (неонатолог роддома, ж., материалы фокус-группы, август 2023 г.).

В риторике врачей роддома выгорание связано с тотальной институциональной незащищенностью и отсутствием признания. Они видят в профессии жизненный смысл и ценность, но, как и медсестры, более подвижны в выборе места работы и не столь привязаны к узкой специализации. Они не вполне ощущают собственную нужность и ценность своей работы, в том числе в глазах государства.

Общим для всех секторов помощи становится разговор о границах рабочего и личного времени и пространства: «Да, станок выключил, ушел, и утром пришел, опять включил, закручиваешь железку. Это совсем не так», — говорит врач-реаниматолог стационара. Метафора станка показательна: в цитате выше медсестра роддома говорит о своем выгорании именно в этих терминах: «А теперь я просто хожу и прихожу, как к станку». Это означает, что в рамках корпоративной медицинской культуры отношение к работе как к конвейерному производству, о котором можно забыть вне стен учреждения, не приветствуется — именно оно сигнализирует о чрезмерной отстраненности, выключенности и выгорании медицинского специалиста. Если от родителей необходимо отстраняться, то пациент-ребенок, как основной объект медицинской заботы, требует «включенности».

Я не знаю, как у других, как люди переключаются, например, я, когда удастся наедине с собой побыть, все равно продолжаешь думать: «А вот если завтра такой анализ придет, какое назначу там лекарство?» Или там вот, бывает, плаваю по вечерам. Плыву и думаю, пока, считаю дозы антибиотика. Одну дорожку проплыл, там, посчитал одному, другую дорожку — другому, там... То есть и вот, к сожалению, да, никуда от этого не деться (врач реанимационного отделения, м., материалы фокус-группы, август 2023 г.).

Мониторы в ушах все время у тебя звенят. Я как-то один раз приехала к родителям, после большого количества смен, у меня было несколько выходных, я сплю, и меня мама будит, я говорю: «Мам, выключи монитор, там очень сильно пищит, я спать

не могу нормально». Ну то есть они у тебя прямо в мозгах крутятся-крутятся-крутятся <...>. И всякие такие штуки (медсестра роддома, материалы фокус-группы, октябрь 2023 г.).

Рабочее пространство и время прорывается в личное и домашнее путем разговоров с родственниками, особенно если они медики, эмоциональных переживаний и «срывов», волнения о состоянии пациента, профессиональных мыслей о том, как ему назначить лекарства или какую терапевтическую тактику выбрать — или просто путем чувственных переживаний, как в случае со звуками монитора, которые как будто впитались в тело, или болью в спине от тяжелых кювезов. С одной стороны, просачивание работы в повседневность не дает отдохнуть и расслабиться, выдохнуть, переключиться. С другой стороны, это свидетельство ее высокой символической значимости: лечение и спасение детей — это призвание и основа идентичности.

Наши собеседники связывают эмоциональное выгорание во многом с характером отношений в коллективе и особенностями институциональных условий, а не со спецификой работы. В разных секторах медицинской помощи институциональные условия (зарплата, режим работы, уровень нагрузки, характер рабочих иерархий) отличаются, и риторика вокруг профессионального выгорания также оказывается неодинаковой. Хотя профессиональные решения и принимаются равнодушно, а размышления о них просачиваются в повседневную жизнь, сами по себе они не видятся источником эмоционального истощения. Парадоксально, но именно работа с наиболее экстренными задачами в тяжелых условиях в риторике врачей и медсестер наименьшим образом связана с выгоранием: прежде всего именно специалисты скорой реанимационной помощи и реанимационного стационара оценивают свою работу как «образ жизни», наиболее плотно встраивая в конструкцию своей личности профессиональную идентичность.

Заключение

Управление эмоциями и эмоциональным дисплеем, вроде того, что осуществляют наши информанты в повседневности или о чем они нам рассказывают (вовлекая в этот перформанс все типы эмоциональных практик по Шеер), — своего рода социальная смазка во взаимодействии, которая служит для поддержания стабильности социальной системы и социального порядка [Hochschild 1979] (см. также гоффмановский анализ социальной функции смущения: [Goffman 1956a]). Наш кейс иллюстративен в отношении специфики эмоциональной работы в организациях, где она латает бреши институциональных и инфраструктурных условий, обеспечивая функционирование

организационных процессов, и опосредует социальные иерархии и профессиональную коммуникацию [Waldron 2000; Borozdina 2022]. Эмоции, проявленные открыто, далеко не спонтанны, они подчиняются корпоративным правилам (ср.: [Cottingham, Erickson 2020]): эмоциональный перформанс устроен неодинаково в отношении разных партнеров по взаимодействию и в разных институционально обусловленных ситуациях. Так, сдерживание эмоций или демонстрация доброжелательности во взаимодействии с коллегами на границах секторов позволяют снизить напряжение и более успешно решать практические задачи во благо пациента. В то же время в отсутствие прямого взаимодействия между секторами сдерживание эмоций уходит на второй план, уступая место критике коллег в русле эмоциональной мобилизации. В отношении же родителей детей действуют иные правила демонстрации эмоций, допускающие проявление раздражения или невнимания к переживаниям матери, что объясняется необходимостью облегчить работу с пациентом-ребенком.

Таким образом, фокус анализа на эмоциональной работе позволяет посмотреть на механизмы производства множественных различий в профессиональном контексте. Характер управления эмоциями указывает сразу на несколько важных измерений профессиональной работы: во-первых, на границы «своих» и «чужих» в профессии (с чужими нужно сдерживаться и быть вежливыми, со своими можно на повышенных тонах обсудить чужих), во-вторых, на границы между профессионалами и «профанами» в целом (эмоциональная работа, адресованная родителям, выделена в специальную сферу и признается как часть собственно «работы»), и наконец, на границы между статусами и властными позициями в медицинской институции.

Это, в свою очередь, указывает на связь эмоциональной работы с производством идентичности, прежде всего профессиональной. Идентичность медика, которая конструируется в первую очередь с опорой на ценность заботы о благе пациента, далеко не едина: медсестры противопоставляют себя врачам, неонатологи — акушерам-гинекологам. Неонатологи разных секторов по-разному выстраивают профессиональную миссию: для неонатологов реанимационных отделений она заключается скорее в «спасении», для неонатологов родильных домов — в работе с детьми. Немаловажно здесь и то, что коллективы реаниматологов смешанные, тогда как неонатологи роддомов в нашей выборке исключительно женщины, что также указывает и на гендерную специфику, т.е. имеет отношение к более широким культурным идентичностям. В дискурсе наших информантов «эмоциональное выгорание» — это то, что приписывается или

не приписывается себе (или же только «другим») согласно желаемому конструкту идентичности. Реаниматологи стационара слышали, что выгорание бывает, но сами от него открещиваются, а для неонатологов роддома оно может стать поводом сменить узкую специализацию.

Рамка эмоциональной работы подсвечивает и категорию ответственности, тесно связанную с профессиональной идентичностью. Парадокс в том, что, с одной стороны, риторически ответственность за состояние ребенка перекладывается на предшествующих акторов. Очевиден «обвинительный уклон» в отношении «мам», принявших «неверное» решение не делать аборт по медицинским показаниям, выбравших неверную клинику и т.п. Такой подход к распределению ответственности вполне характерен для российской культуры, как в отношении родителей новорожденных пациентов, так и пациентов в целом. С другой стороны, несмотря на все попытки переложить ответственность за состояние пациента, изменить ее конфигурацию и найти по этому поводу эмоциональную поддержку в собственном коллективе, каждый врач несет ее единолично. Эмоциональная нагрузка за счет такого риторического жонглирования оказывается снижена, а врач получает дискурсивно убежище в своем коллективе (см. «эмоциональные убежища» у Редди: [Reddy 2008]), но в «материальном» мире все риски остаются в силе.

С профессиональными рисками (в нашем поле высоки риски инвалидизации и смерти пациента, что чревато судебными исками в отношении самих медицинских специалистов) и профессиональной идентичностью связано и понимание того, как медики видят границы своей работы — зон своей ответственности. Работа с «бесперспективными» и паллиативными детьми видится как деятельность, которая отнимает физические, временные, эмоциональные и экономические ресурсы. Паллиативная помощь во многом определяется как зона ответственности других медицинских организаций (например, хосписов), и необходимость ее оказывать профанирует центральные смыслы работы врача неонатологической специализации: вместо борьбы за жизнь она становится сопровождением смерти, что ставит под вопрос профессиональную идентичность.

Наконец, наш фокус на эмоциональных практиках в медицинских организациях проливает свет на устройство «медицинского взгляда» и эмоциональной отстраненности медицинского специалиста. Эмоции в дискурсе медиков в большей степени связаны с профессиональными решениями, чем с пациентом: мы видим, как происходит конструирование медицинского «кейса» из конкретной человеческой жизни.

Такой медицинский взгляд устроен не вполне по Фуко [Foucault 1973]. В рамках его модели врачи видят пациента как сосредоточение биомедицинских проблем, остальные элементы истории жизни человека отфильтровываются. Здесь же мы видим, что этот взгляд не тотален. Медики учитывают социальную биографию как минимум родителей младенца, так как у самого новорожденного ее еще практически нет, и их жизненные обстоятельства. Сам по себе ребенок с тяжелыми патологиями может не вызывать сочувствия (так как не наделяется должной степенью «разумения» и полноценными личностными чертами). Однако, если он рожден в результате «какой-нибудь десятой попытки ЭКО», борьба за его жизнь и здоровье становится борьбой за социальный статус и благополучие его семьи, т.е. борьбой за благо расширенного пациента.

Благодарности

Мы выражаем признательность нашим информантам, которые сочли возможным поделиться с нами своими переживаниями, и анонимным рецензентам, чьи рекомендации помогли улучшить финальный текст работы.

Библиография

- Байбурин А.К. Ритуал в традиционной культуре: структурно-семантический анализ восточнославянских обрядов. СПб.: Наука, 1993. 237 с.
- Бороздина Е.А., Ельницкий Е.С., Ходоренко Д.К. Доказательства вреда: опыт пациентов и медицинские стандарты в судебных решениях // Журнал исследований социальной политики. 2022. Т. 20. № 2. С. 199–214. doi: 10.17323/727-0634-2022-20-2-199-214.
- Бунина М. Ребенок и родитель как расширенный пациент онкологического отделения (на материалах интервью с врачами, медсестрами, волонтерами и родителями): Магистер. дис. СПб., 2021. 82 с.
- Ваганов Н.Н., Иванов А.В. Гонка за цифрой // Status praesens: Педиатрия и неонатология. 2020. № 1. С. 36–43.
- Горбачев В.И. и др. Аналитический обзор по уголовным делам против врачей анестезиологов-реаниматологов за последние пять лет // Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2020. № 1. С. 19–24. doi: 10.21320/1818-474X-2020-1-19-24.
- Коробеев А.И., Шишов А.А. Критерии живорождения при определении жизни как объекта уголовно-правовой охраны // Lex Russica. 2020. № 5 (162). С. 64–72. doi: 10.17803/1729-5920.2020.162.5.064-072.
- Минаков А., Новкунская А., Клепикова А. Рождение пациента: (де)медиализация новорожденных в организационных контекстах неонатальной службы // Журнал исследований социальной политики. 2022. Т. 20. № 2. С. 181–198. doi: 10.17323/727-0634-2022-20-2-181-198.
- Мустафина-Бредихина Д.М. Ятрогенные преступления как новый тренд в современном обществе // Неонатология: Новости. Мнения. Обучение. 2017. № 4 (18). С. 168–170. doi: 10.24411/2308-2402-2017-00013.

- Новкунская А.А., Минаков А.А., Клепикова А.А. «Бумажное тело»: бюрократическое и правовое измерения траектории новорожденного пациента в неонатологии // Социология власти. 2024. Т. 36. № 2. С. 8–33. doi: 10.22394/2074-0492-2024-2-8-33.
- Симонова О., Ядрова Е. Сообщество средних медицинских сотрудников в области кардиохирургии: социологический анализ эмоционального труда // Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. (ред.). Профессии социального государства. М.: Вариант; ЦСПГИ, 2013. С. 91–115.
- Чернова Ж.В. Гендерный анализ семейной политики в современной России: особенности и тенденции. Дис. ... д-ра соц. наук. Саратов, 2013. 408 с.
- Abu-Lughod L. Veiled Sentiments: Honor and Poetry in a Bedouin Society. Oakland, CA: University of California Press, 2016. 384 p.
- Ahmed S. The Cultural Politics of Emotion. New York: Routledge, 2013. 200 p.
- Beatty A. Anthropology and Emotion // Journal of the Royal Anthropological Institute. 2014. Vol. 20. No. 3. P. 545–563. doi: 10.1111/1467-9655.12114.
- Becker H.S. (ed.). Boys in White: Student Culture in Medical School. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1961. 456 p.
- Borozdina E. Introducing “Natural” Childbirth in Russian Hospitals. Midwives’ Institutional Work // Zvonareva O., Popova E., Horstman K. (eds). Health, Technologies, and Politics in Post-Soviet Settings: Navigating Uncertainties. Cham: Palgrave Macmillan, 2018. P. 145–171. doi: 10.1007/978-3-319-64149-2_6.
- Borozdina E. Emotional Labour as a Vehicle of Organisational Change in Maternity Care: The Case of Russian Doulas’ Institutional Work // Sociology of Health & Illness. 2022. Vol. 44. No. 7. P. 1059–1076. doi: 10.1111/1467-9566.13478.
- Borozdina E., Novkunskaia A. Patient-centered Care in Russian Maternity Hospitals: Introducing a New Approach through Professionals’ Agency // Health. 2022. Vol. 26. No. 2. P. 200–220. doi: 10.1177/1363459320925871.
- Cottingham M.D., Erickson R.J. The Promise of Emotion Practice: At the Bed-side and Beyond // Work and Occupations. 2020. Vol. 47. No. 2. P. 173–199. doi: 10.1177/0730888419892664.
- Clemente I. Uncertain Futures: Communication and Culture in Childhood Cancer Treatment. Sussex: John Wiley & Sons, 2015. 228 p.
- Csordas T.J. Somatic Modes of Attention // Csordas T.J. Body / Meaning / Healing. New York: Palgrave Macmillan, 2002. P. 241–259. doi: 10.1007/978-1-137-08286-2_10.
- Durkheim E. The Elementary Forms of Religious Life. New York: Oxford University Press, 2001. 358 p.
- Ekman P. Face of Man: Universal Expression in a New Guinea Village. New York: Garland, 1980. 143 p.
- Ekman P. Expression and the Nature of Emotion // Scherer K.R., Ekman P. (eds). Approaches to Emotion. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1984. P. 319–343.

- Fainzang S. Anthropology and Medicine: Empathy, Experience and Knowledge // van Dongen E., Kutalek R. (eds). Facing Distress: Distance and Proximity in Times of Illness. Berlin: Lit Verlag, 2007. P. 1–20.
- Ferguson C.A. Baby Talk in Six Languages // American Anthropologist. 1964. Vol. 66. No. 6. P. 103–114.
- Foucault M. The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception. London: Tavistock, 1973. 215 p.
- Foucault M. Technologies of the Self // Technologies of the Self: A seminar with Michel Foucault. 1988. Vol. 18. P. 16–49.
- Freidson E. Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2001. 250 p.
- Friberg T. Burnout: From Popular Culture to Psychiatric Diagnosis in Sweden // Culture, Medicine and Psychiatry. 2009. Vol. 33. P. 538–558. doi: 10.1007/s11013-009-9149-z.
- Goffman E. On Face-work: An Analysis of Ritual Elements in Social Interaction // Psychiatry. 1955. Vol. 18. No. 3. P. 213–231. doi: 10.1080/00332747.1955.11023008.
- Goffman E. Embarrassment and Social Organization // American Journal of Sociology. 1956a. Vol. 62. No. 3. P. 264–271.
- Goffman E. The Presentation of Self in Everyday Life. Edinburgh: University of Edinburgh, Social Sciences Research Centre, 1956b. 161 p.
- Goffman E. Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1974. 586 p.
- Gonzalez R.M., Gilleskie D. Infant Mortality Rate as a Measure of a Country's Health: A Robust Method to Improve Reliability and Comparability // Demography. 2017. Vol. 54. No. 2. P. 701–720. doi: 10.1007/s13524-017-0553-7.
- Goold I., Herring J. Great Debates in Medical Law and Ethics. London: Bloomsbury Publishing, 2018. 534 p.
- Heinemann L.V., Heinemann T. Burnout: From Work-related Stress to a Cover-up Diagnosis // Neckel S., Schaffner A.K., Wagner G. (eds). Burnout, Fatigue, Exhaustion: An Interdisciplinary Perspective on a Modern Affliction. London: Palgrave MacMillan, 2017. P. 129–150. doi: 10.1007/978-3-319-52887-8_6.
- Hochschild A.R. Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure // American Journal of Sociology. 1979. Vol. 85. No. 3. P. 551–575.
- Hochschild A. The Managed Heart. Berkeley, CA: University of California Press, 1983. 307 p. doi: 10.1002/pam.4050030365.
- Illouz E. Saving the Modern Soul: Therapy, Emotions, and the Culture of Self-help. Berkeley, CA: University of California Press, 2008. 304 p.
- Lakoff G. Women, Fire and Dangerous Things. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1987. 614 p.
- Leavitt J. Meaning and Feeling in the Anthropology of Emotions // American Ethnologist. 1996. Vol. 23. No. 3. P. 514–539. doi: 10.1525/ae.1996.23.3.02a00040.
- Levy R. On the Nature and Functions of the Emotions: An Anthropological Perspective // Information sur les Sciences Sociales Paris. 1982. Vol. 21. No. 4–5. P. 511–528.

- Lindholm C.* An Anthropology of Emotion // Casey C., Edgerton R.B. (eds). A Companion to Psychological Anthropology: Modernity and Psycho-cultural Change. Oxford: Blackwell Publishing, 2005. P. 30–47. doi: 10.1002/9780470996409.
- Litvina D., Novkunsкая A., Temkina A.* Multiple Vulnerabilities in Medical Settings: Invisible Suffering of Doctors // Societies. 2020. Vol. 10. No. 1. Article 5. doi: 10.3390/soc10010005.
- Lutz C.* Emotion, Thought, and Estrangement: Emotion as a Cultural Category // Cultural Anthropology. 1986. Vol. 1. No. 3. P. 287–309.
- Lutz C.A.* Unnatural Emotions: Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll and Their Challenge to Western Theory. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2011. 281 p.
- Lutz C., White G.M.* The Anthropology of Emotions // Annual Review of Anthropology. 1986. Vol. 15. No. 1. P. 405–436. doi: 10.1146/annurev.an.15.100186.002201.
- Marshall D.A.* Behavior, Belonging, and Belief: A Theory of Ritual Practice // Sociological Theory. 2002. Vol. 20. No. 3. P. 360–380. doi: 10.1111/1467-9558.00168.
- Meyerson D.E.* The Social Construction of Ambiguity and Burnout: A Study of Hospital Social Workers. Stanford, CA: Stanford University Press, 1989. 209 p.
- Novkunsкая A.A., Minakov A.A., Klepikova A.A.* The Birth of the Patient: Multiple Entities of Newborns in Russian Neonatal Care. New York: Lexington Books, 2025. 254 p.
- Parsons T.* The Social System. Glencoe, IL: The Free Press, 1951. 404 p.
- Pirogovskaya M.* Profession of Revulsion: Subjective Science and the Mobilization of Emotions in Late Nineteenth-Century Russian Public Medicine // Isis. 2024. Vol. 115. No. 1. P. 105–125. doi: 10.1086/729092.
- Reddy W.M.* Against Constructionism: The Historical Ethnography of Emotions // Current Anthropology. 1997. Vol. 38. No. 3. P. 327–351.
- Reddy W.M.* The Navigation of Feeling: A Framework for the History of Emotions. New York: Cambridge University Press, 2001. 380 p.
- Reddy W.M.* Emotional Styles and Modern Forms of Life // Karafyllis N.C., Ulshöfer G. (eds). Sexualized Brains: Scientific Modeling of Emotional Intelligence from a Cultural Perspective. Cambridge: The MIT Press, 2008. P. 81–100.
- Ries N.* Russian Talk: Culture and Conversation during Perestroika. New York: Cornell University Press, 1997. 220 p.
- Rivkin-Fish M.* Unmaking Russia's Abortion Culture: Family Planning and the Struggle for a Liberal Biopolitics. Nashville: Vanderbilt University Press, 2024. 348 p.
- Rosaldo M.Z.* Knowledge and Passion. Cambridge: Cambridge University Press, 1980. Vol. 4. 286 p.
- Rose N.* Inventing Our Selves: Psychology, Power, and Personhood. Cambridge: Cambridge University Press, 1998. 222 p.

- Rose N., Novas C. Biological Citizenship // Ong A., Collier S.J. (eds). *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford: Blackwell Publishing, 2004. P. 439–463.
doi: 10.1002/9780470696569.ch23.
- Scheer M. Are Emotions a Kind of Practice (and Is That What Makes Them Have a History)? A Bourdieuan Approach to Understanding Emotion // *History and Theory*. 2012. Vol. 51. No. 2. P. 193–220.
doi: 10.1111/j.1468-2303.2012.00621.x.
- Scheper-Hughes N., Lock M.M. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology // *Medical Anthropology Quarterly*. 1987. Vol. 1. No. 1. P. 6–41. doi: 10.1525/maq.1987.1.1.02a00020.
- Stearns P.N., Stearns C.Z. Emotionology: Clarifying the History of Emotions and Emotional Standards // *The American Historical Review*. 1985. Vol. 90. No. 4. P. 813–836.
- Temkina A., Litvina D., Novkunskeya A. Emotional Styles in Russian Maternity Hospitals: Juggling between *khamstvo* and Smiling // *Emotions and Society*. 2021. Vol. 3. No. 1. P. 95–113.
doi: 10.1332/263169021X16143466495272.
- Temkina A., Novkunskeya A., Litvina D. Pregnancy and Birth in Russia: The Struggle for “Good Care”. London: Routledge, 2022. 184 p.
- Turner V.W. *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Harmondsworth: Penguin books, 1974. 232 p.
- van Nistelrooij I., Visse M., Spekkink A., de Lange J. How Shared Is Shared Decision-making? A Care-ethical View on the Role of Partner and Family // *Journal of Medical Ethics*. 2017. Vol. 43. No. 9. P. 637–644.
doi: 10.1136/medethics-2016-103791.
- Waldron V.R. Relational Experiences and Emotion at Work // Fineman S. (ed.). *Emotion in Organizations*. London et al.: Sage, 2000. P. 64–82.
doi: 10.4135/9781446219850.n4.
- Walker G.A. Burnout: From Metaphor to Ideology // *The Canadian Journal of Sociology / Cahiers canadiens de sociologie*. 1986. Vol. 11. No. 1. P. 35–55. doi: 10.2307/3340447.
- Wamsiedel M. Credibility Work and Moral Evaluation at the ED // *Social Science & Medicine*. 2020. Vol. 248. Article 112845.
doi: 10.1016/j.socscimed.2020.112845.

Distributed Responsibility and the Extended Patient: The Emotional Work of Healthcare Professionals in Neonatology

Anna Klepikova

European University at St Petersburg
6/1A Gagarinskaya Str., St Petersburg, Russia
aklepikova@eu.spb.ru

Artemiy Minakov

European University at St Petersburg
6/1A Gagarinskaya Str., St Petersburg, Russia
aminakov@eu.spb.ru

Anastasia Novkunsкая

European University at St Petersburg
6/1A Gagarinskaya Str., St Petersburg, Russia
anovkunsкая@eu.spb.ru

The purpose of this paper is to examine how different aspects of emotional work are structured for physicians and nurses working in neonatal care. The paper is based on focus group data, self-observations of a neonatal intensive care physician, and participant observation conducted by social researchers. The data was collected in 2019–2023 in the framework of the project entitled “The birth of the Patient”. We focus on how different organisational and institutional settings, as well as the professional status of medical professionals, affect the amount and nature of emotional work. On the one hand, neonatology is in many ways an area of medical care that requires teamwork; on the other hand, the performance of teamwork relies heavily on containing the dissatisfaction, irritation, and criticism of colleagues from other professional groups. Another sphere of emotionally intense communication is the interaction with parents and other relatives of the newborn. Drawing on the conceptual apparatus proposed by Monique Scheer, we address emotions as practices embedded in actual social relations, drawing on habitus and simultaneously fulfilling different communicative tasks. The analysis of the material collected revealed that the key features of the field under study are: 1) the clinical uncertainty of the patient’s condition and trajectory, 2) the mistrust between the different sectors and stages of neonatal care, and 3) the need for each medical professional to take responsibility for medical decisions, which in their turn are partly determined by previous professional decisions and the patient’s prior trajectory.

Keywords: emotional work, emotional practices, medical professionals, professional identity, newborn patient, extended patient.

Acknowledgements

We would like to express our gratitude to our interlocutors, who agreed to share their experiences with us, and to the anonymous reviewers, whose recommendations helped to improve the final text of this work.

References

- Abu-Lughod L., *Veiled Sentiments: Honor and Poetry in a Bedouin Society*. Oakland, CA: University of California Press, 2016, 384 p.
- Ahmed S., *The Cultural Politics of Emotion*. New York: Routledge, 2013, 200 p.
- Baiburin A. K., *Ritual v traditsionnoy kulture: Strukturno-semanticheskiy analiz vostochnoslavvianskikh obryadov* [Ritual in Traditional Culture: Structural and Semantic Analysis of East Slavonic Rites]. St Petersburg: Nauka, 1993, 237 p. (In Russian).
- Beatty A., 'Anthropology and Emotion', *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 2014, vol. 20, no. 3, p. 545–563. doi: 10.1111/1467-9655.12114.
- Becker H. S. (ed.), *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1961, 456 p.
- Borozdina E., 'Introducing "Natural" Childbirth in Russian Hospitals. Midwives' Institutional Work', Zvonareva O., Popova E., Horstman K. (eds), *Health, Technologies, and Politics in Post-Soviet Settings: Navigating Uncertainties*. Cham: Palgrave Macmillan, 2018, p. 145–171. doi: 10.1007/978-3-319-64149-2_6.
- Borozdina E., 'Emotional Labour as a Vehicle of Organisational Change in Maternity Care: The Case of Russian Doulas' Institutional Work', *Sociology of Health & Illness*, 2022, vol. 44, no. 7, p. 1059–1076. doi: 10.1111/1467-9566.13478.
- Borozdina E., Elnitskii E., Khodorenko D., 'Dokazatelstva vreda: opyt patsientov i meditsinskie standarty v sudebnykh resheniyakh' [Prove of Harm: Patient Experiences and Medical Standards in Court Decisions], *Zhurnal issledovaniy sotsialnoy politiki*, 2022, vol. 20, no. 2, p. 199–214. doi: 10.17323/727-0634-2022-20-2-199-214. (In Russian).
- Borozdina E., Novkunskaia A., 'Patient-centered Care in Russian Maternity Hospitals: Introducing a New Approach through Professionals' Agency', *Health*, 2022, vol. 26, no. 2, p. 200–220. doi: 10.1177/1363459320925871.
- Bunina M., *Rebenok i roditel kak rasshirennyy patsient onkologicheskogo otdeleniya (na materialakh intervyyu s vrachami, medsestrami, volonterami i roditelyami)* [Child and Parent as Extended Patient of the Oncological Department (based on interviews with physicians, nurses, volunteers and parents)]: MA diss. St Petersburg, 2021, 82 p. (In Russian).
- Chernova J. V., *Gendernyy analiz semeynoy politiki v sovremennoy Rossii: osobennosti i tendentsii* [Gender Analysis of Family Policy in Modern Russia: Features and Trends]: Doctor of science degree diss. Saratov, 2013, 408 p. (In Russian).

- Cottingham M. D., Erickson R. J., 'The Promise of Emotion Practice: At the Bedside and Beyond', *Work and Occupations*, 2020, vol. 47, no. 2, p. 173–199. doi: 10.1177/0730888419892664.
- Clemente I., *Uncertain Futures: Communication and Culture in Childhood Cancer Treatment*. Sussex: John Wiley & Sons, 2015, 228 p.
- Csordas T. J., 'Somatic Modes of Attention', Csordas T. J., *Body / Meaning / Healing*. New York: Palgrave Macmillan, 2002, p. 241–259. doi: 10.1007/978-1-137-08286-2_10.
- Durkheim E., *The Elementary Forms of Religious Life*. New York: Oxford University Press, 2001, 358 p.
- Ekman P., *Face of Man: Universal Expression in a New Guinea Village*. New York: Garland, 1980, 143 p.
- Ekman P., 'Expression and the Nature of Emotion', Scherer K. R., Ekman P. (eds), *Approaches to Emotion*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1984, p. 319–343.
- Fainzang S., 'Anthropology and Medicine: Empathy, Experience and Knowledge', Dongen E. van, Kutalek R. (eds), *Facing Distress: Distance and Proximity in Times of Illness*. Berlin: Lit Verlag, 2007, p. 1–20.
- Ferguson C. A., 'Baby Talk in Six Languages', *American Anthropologist*, 1964, vol. 66, no. 6, p. 103–114.
- Foucault M., *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. London: Tavistock, 1973, 215 p.
- Foucault M., 'Technologies of the Self', *Technologies of the Self: A seminar with Michel Foucault*, 1988, vol. 18, p. 16–49.
- Freidson E., *Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2001, 250 p.
- Friberg T., 'Burnout: From Popular Culture to Psychiatric Diagnosis in Sweden', *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2009, vol. 33, p. 538–558. doi: 10.1007/s11013-009-9149-z.
- Goffman E., 'On Face-work: An Analysis of Ritual Elements in Social Interaction', *Psychiatry*, 1955, vol. 18, no. 3, p. 213–231. doi: 10.1080/00332747.1955.11023008.
- Goffman E., 'Embarrassment and Social Organization', *American Journal of Sociology*, 1956, vol. 62, no. 3, p. 264–271.
- Goffman E., *The Presentation of Self in Everyday Life*. Edinburgh: University of Edinburgh, Social Sciences Research Centre, 1956, 161 p.
- Goffman E., *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1974, 586 p.
- Gonzalez R. M., Gilleskie D., 'Infant Mortality Rate as a Measure of a Country's Health: A Robust Method to Improve Reliability and Comparability', *Demography*, 2017, vol. 54, no. 2, p. 701–720. doi: 10.1007/s13524-017-0553-7.
- Goold I., Herring J., *Great Debates in Medical Law and Ethics*. London: Bloomsbury Publishing, 2018, 534 p.
- Gorbachev V. I., Netesin E. S., Kozlov A. I., Sumin S. A., Gorbacheva S. M., 'Analiticheskiy obzor po ugolovnym delam protiv vrachey anesteziologov-reanimatologov za poslednie pyat let' [Analytical Review on Criminal Cases against Anesthesiologists-Resuscitators over the Last

- Five Years], *Vestnik intensivnoy terapii imeni A. I. Saltanova*, 2020, no. 1, p. 19–24. (In Russian). doi: 10.21320/1818-474X-2020-1-19-24.
- Heinemann L. V., Heinemann T., 'Burnout: From Work-related Stress to a Cover-up Diagnosis', Neckel S., Schaffner A. K., Wagner G. (eds), *Burnout, Fatigue, Exhaustion: An Interdisciplinary Perspective on a Modern Affliction*. London: Palgrave MacMillan, 2017, p. 129–150. doi: 10.1007/978-3-319-52887-8_6.
- Hochschild A. R., 'Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure', *American Journal of Sociology*, 1979, vol. 85, no. 3, p. 551–575.
- Hochschild A., *The Managed Heart*. Berkeley, CA: University of California Press, 1983, 307 p. doi: 10.1002/pam.4050030365.
- Illouz E., *Saving the Modern Soul: Therapy, Emotions, and the Culture of Self-help*. Berkeley, CA: University of California Press, 2008, 304 p.
- Korobeev A. I., Shirshov A. A., 'Kriterii zhivorozhdeniya pri opredelenii zhizni kak obyekta ugodovno-pravovoy okhrany' [Criteria of Live Birth in Determining Life as an Object of Criminal Legal Protection], *Lex Russica*, 2020, no. 5 (162), p. 64–72. (In Russian). doi: 10.17803/1729-5920.2020.162.5.064-072.
- Lakoff G., *Women, Fire and Dangerous Things*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1987, 614 p.
- Leavitt J., 'Meaning and Feeling in the Anthropology of Emotions', *American Ethnologist*, 1996, vol. 23, no. 3, p. 514–539. doi: 10.1525/ae.1996.23.3.02a00040.
- Levy R., 'On the Nature and Functions of the Emotions: An Anthropological Perspective', *Information sur les Sciences Sociales Paris*, 1982, vol. 21, no. 4–5, p. 511–528.
- Lindholm C., 'An Anthropology of Emotion', Casey C., Edgerton R. B. (eds), *A Companion to Psychological Anthropology: Modernity and Psycho-cultural Change*. Oxford: Blackwell Publishing, 2005, p. 30–47. doi: 10.1002/9780470996409.
- Litvina D., Novkunskaya A., Temkina A., 'Multiple Vulnerabilities in Medical Settings: Invisible Suffering of Doctors', *Societies*, 2020, vol. 10, no. 1, article 5. doi: 10.3390/soc10010005.
- Lutz C., 'Emotion, Thought, and Estrangement: Emotion as a Cultural Category', *Cultural Anthropology*, 1986, vol. 1, no. 3, p. 287–309.
- Lutz C. A., *Unnatural Emotions: Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll and Their Challenge to Western Theory*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2011, 281 p.
- Lutz C., White G. M., 'The Anthropology of Emotions', *Annual Review of Anthropology*, 1986, vol. 15, no. 1, p. 405–436. doi: 10.1146/annurev.an.15.100186.002201.
- Marshall D. A., 'Behavior, Belonging, and Belief: A Theory of Ritual Practice', *Sociological Theory*, 2002, vol. 20, no. 3, p. 360–380. doi: 10.1111/1467-9558.00168.
- Meyerson D. E., *The Social Construction of Ambiguity and Burnout: A Study of Hospital Social Workers*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1989, 209 p.

- Minakov A., Novkunskeya A., Klepikova A., 'Rozhdenie patsienta: (de)medikalizatsiya novorozhdennykh v organizatsionnykh kontekstakh neonatalnoy sluzhby' [The Birth of the Patient: (De)medicalization of New-born Children in the Organizational Contexts of Neonatal Intensive Care], *Zhurnal issledovaniy sotsialnoy politiki*, 2022, vol. 20, no. 2, p. 181–198. (In Russian). doi: 10.17323/727-0634-2022-20-2-181-198.
- Mustafina-Bredikhina D. M., 'Yatrogennyye prestupleniya kak novyy trend v sovremennom obshchestve' [Iatrogenic Crimes as a New Trend in Modern Society], *Neonatologiya: Novosti. Mneniya. Obucheniye*, 2017, no. 4 (18), p. 168–170. (In Russian). doi: 10.24411/2308-2402-2017-00013.
- Novkunskeya A. A., Minakov A. A., Klepikova A. A., "'Bumazhnoye telo": byurokraticheskoye i pravovoye izmereniya traektorii novorozhdennoy patsienta v neonatologii' ["Paper Body": Bureaucratic and Legal Dimensions of the Newborn Patient's Trajectory within Neonatal Care], *Sotsiologiya vlasti*, 2024, vol. 36, no. 2, p. 8–33. (In Russian). doi: 10.22394/2074-0492-2024-2-8-33.
- Novkunskeya A. A., Minakov A. A., Klepikova A. A., *The Birth of the Patient: Multiple Entities of Newborns in Russian Neonatal Care*. New York: Lexington Books, 2025, 254 p.
- Parsons T., *The Social System*. Glencoe, IL: The Free Press, 1951, 404 p.
- Pirogovskaya M., 'Profession of Revulsion: Subjective Science and the Mobilization of Emotions in Late Nineteenth-Century Russian Public Medicine', *Isis*, 2024, vol. 115, no. 1, p. 105–125. doi: 10.1086/729092.
- Reddy W. M., 'Against Constructionism: The Historical Ethnography of Emotions', *Current Anthropology*, 1997, vol. 38, no. 3, p. 327–351.
- Reddy W. M., *The Navigation of Feeling: A Framework for the History of Emotions*. New York: Cambridge University Press, 2001, 380 p.
- Reddy W. M., 'Emotional Styles and Modern Forms of Life', Karafyllis N. C., Ulshöfer G. (eds), *Sexualized Brains: Scientific Modeling of Emotional Intelligence from a Cultural Perspective*. Cambridge: The MIT Press, 2008, p. 81–100.
- Ries N., *Russian Talk: Culture and Conversation during Perestroika*. New York: Cornell University Press, 1997, 220 p.
- Rivkin-Fish M., *Unmaking Russia's Abortion Culture: Family Planning and the Struggle for a Liberal Biopolitics*. Nashville: Vanderbilt University Press, 2024, 348 p.
- Rosaldo M. Z., *Knowledge and Passion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980, vol. 4, 286 p.
- Rose N., *Inventing Our Selves: Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998, 222 p.
- Rose N., Novas C., 'Biological Citizenship', Ong A., Collier S. J. (eds), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford: Blackwell Publishing, 2004, p. 439–463. doi: 10.1002/9780470696569.ch23.
- Scheer M., 'Are Emotions a Kind of Practice (and Is That What Makes Them Have a History)? A Bourdieuan Approach to Understanding Emotion', *History and Theory*, 2012, vol. 51, no. 2, p. 193–220. doi: 10.1111/j.1468-2303.2012.00621.x.

- Scheper-Hughes N., Lock M. M., 'The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology', *Medical Anthropology Quarterly*, 1987, vol. 1, no. 1, p. 6–41. doi: 10.1525/maq.1987.1.1.02a00020.
- Simonova O., Iadrova E., 'Soobshchestvo srednikh meditsinskikh sotrudnikov v oblasti kardiokhirurgii: sotsiologicheskii analiz emotsionalnogo truda' [The Community of Hospital Nurses in Cardiosurgical Departments: A Sociological Analysis of Emotional Labour], Romanov P. V., Iarskaia-Smirnova E. R. (eds), *Professii sotsialnogo gosudarstva* [Social Workers: Professions of the Welfare State]. Moscow: "Variant" LTD; TsSPGI, 2013, p. 91–115. (In Russian).
- Stearns P. N., Stearns C. Z., 'Emotionology: Clarifying the History of Emotions and Emotional Standards', *The American Historical Review*, 1985, vol. 90, no. 4, p. 813–836.
- Temkina A., Litvina D., Novkunskaia A., 'Emotional Styles in Russian Maternity Hospitals: Juggling between khamstvo and Smiling', *Emotions and Society*, 2021, vol. 3, no. 1, p. 95–113. doi: 10.1332/263169021X16143466495272.
- Temkina A., Novkunskaia A., Litvina D., *Pregnancy and Birth in Russia: The Struggle for "Good Care"*. London: Routledge, 2022, 184 p.
- Turner V. W., *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Harmondsworth: Penguin books, 1974, 232 p.
- Vaganov N. N., Ivanov A. V., 'Gonka za tsifroy' [Efficiency Rush], *Status praesens. Pediatriya i neonatologiya*, 2020, no. 1, p. 36–43. (In Russian).
- van Nistelrooij I., Visse M., Spekkink A., de Lange J., 'How Shared Is Shared Decision-making? A Care-ethical View on the Role of Partner and Family', *Journal of Medical Ethics*, 2017, vol. 43, no. 9, p. 637–644. doi: 10.1136/medethics-2016-103791.
- Waldron V. R., 'Relational Experiences and Emotion at Work', Fineman S. (ed.), *Emotion in Organizations*. London et al.: Sage, 2000, p. 64–82. doi: 10.4135/9781446219850.n4.
- Walker G. A., 'Burnout: From Metaphor to Ideology', *The Canadian Journal of Sociology / Cahiers canadiens de sociologie*, 1986, vol. 11, no. 1, p. 35–55. doi: 10.2307/3340447.
- Wamsiedel M., 'Credibility Work and Moral Evaluation at the ED', *Social Science & Medicine*, 2020, vol. 248, article 112845. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.112845.