

**УЯЗВИМОСТ И ПОЛ: ВЪЗМОЖНОСТ ЗА РЕПРОДУКТИВНА
АВТЕНТИЧНОСТ. СЛУЧАЯТ ИЗАБЕЛА**

ЛЮБОСЛАВА КОСТОВА

Институт по философия и социология, Българска академия на науките

luboslava.kostova@gmail.com

**VULNERABILITY AND GENDER: TOWARDS POSSIBLE REPRODUCTIVE
AUTHENTICITY. ISABELA CASE**

LYUBOSLAVA KOSTOVA

Institute of Philosophy and Sociology, Bulgarian Academy of Sciences

Abstract

This article deals with the concept of reproductive duties and reproductive freedom. The analysis will reveal their compatibility using the concept of gendered vulnerability. The potential of embracing it will be defined in terms of reproductive authenticity.

Key words: vulnerability, reproductive freedom, gender, authenticity.

„На жената Той каза: „Ще умножа и преумножа болките ти, когато си бременна, с болка ще раждаш деца“ (Библия, Битие 3: 6-21)

Репродукцията като обител на публичното и частното

Процесът на медицинализация по определение, използвано за първи път от американския социолог Зола през 1972 г., засяга авторитета на медицината, който разширява обхвата си до немедицински области от всекидневния живот, дефинирайки ги като медицински, превръщайки се по този начин в средство за социален контрол (Conrad, 1992: 210-211; Zola, 1972: 487). Зола отива и по-далеч, посочвайки, че „медицинализацията“ на всекидневието рефлектира и дори изключва традиционните институции и авторитети като религията, превръщайки се в нов източник на истината, в място, където абсолютната и финална преценка принадлежи на морално неутрална и обективна експертиза през призмата на „здравето“, което оказва необратимо и трайно влияние върху идентичността

и житейските решения на хората спрямо съвременните разбирания за болест и здраве. Конрад описва процеса на медикализация като дефиниране на проблеми чрез медицински термини, използване на медицински език и медицинска интервенция за неговото третиране. Медикализацията също така е социо-културен процес, който може, но не задължително използва медицинската професия и авторитет, случващ се на различни нива: (1) концептуално чрез медицинска терминология за описването на проблема, (2) институционално чрез легитимните медицински подходи за изучаване на проблема (3) ниво на общуване, чрез взаимоотношението лекар /пациент, където лекарят специализира проблема като медицински и започва лечение. В този контекст, Конрад, опирайки се на Фуко, разработва четири типа на медицински социален контрол: (1) медицинска идеология, (2) сътрудничество, (3) технология и (4) медицинско наблюдение. Така от една страна процесът на медикализация, отразява глобалните промени, при които биомедицината дефинира и описва различните области от живота в медицински категории, като „социалното” става медицинско /изместване на фокуса от морала през правото до медицината: отклонението като грях, престъпление, болест/.

Поради самата си природа, постиженията на биомедицинската хегемония, както всяка друга хегемония, зависят от активното желание и търсене на по-голямата част от населението. Или иначе казано, зависят от трансформирането на субектността – начините, по които хората преживяват, знаят и чувстват. Подобни трансформации са винаги позиционирани и оформени чрез локалните конфигурации на властта и конкретните културно исторически фактори, поради което специфичните черти на медикализацията, също като процесите на глобализация и модернизация, които оформят интегрална част от съдържанието ѝ, са маркирани от обществото, в което се развиват. И тъй като тези трансформации са винаги в процес и никога напълно завършени, индивидите, едновременно потребители на медицинско знание и практики и съавтори на един нов тип знание за себе си, също неизбежно подпомагат оформянето на тези процеси.

В рамките на процеса медикализация, особено важно е да се подчертае и ролята на жените като по активни потребители на медицинско знание и услуги, свързано с ролята им на грижещи се от една страна, и съответно активистката им функция,

произтичаща отново от същата роля, отреждаща им съществена роля в създаването информиранието на различни типове пациентски организации, определяни от някои учени като нови форми на гражданство. Антропологът Емили Мартин разкрива, че културният анализ на репродукцията показва, че жените не са просто пасивни рецепиенти на медицинската хегемония, но и създатели на алтернативни значения за тялото и репродукцията спрямо доминиращите в медицинския дискурс. Днес, повечето жени продължават да интернализират нормата, че тяхна задача е да създадат семейство и деца, като неуспеха в това отношение продължава да се разглежда през призмата на вината и съответно обезценяването, което като цяло обяснява прагматичното и комерсиално отношение към медицинските технологии и практики, преобладаващо за сметка на реално осмисляне и отхвърляне на последните.

Процесът на медикализация като форма на подчинение и социален контрол радикално трансформира и репродукцията като вид преживяване и реална способност за автономия от страна на жените спрямо решения, засягащи телата и детеродните им функции. Репродукцията се превръща от интимна област в сфера, в която по много деликатен и специфичен начин си взаимодействат gender, сексуалност, политика, икономическо развитие, биотехнологията и етическите дилеми.

Медикализацията на репродукцията отразява глобалните промени, дефинирани от ролята на биомедицината като авторитет и източник на легитимна истина относно събитията в индивидуалния живот, разглеждани през призмата на медицинските обяснения.

Именно възприемането на медицинския език е това, което реално подменя или променя поведението и практиките на жените в репродукцията, изтласквайки и маргинализирайки съществуващите, общо споделените, домодерни форми на знания относно процеса, разбирани като невежество и предразсъдъци (Duden, 1991). Един от проблемите, с които се занимава феминистката биоетика, е отъждествяването на женската идентичност с репродуктивната ѝ роля и грижите, които тя полага за отглеждане на децата. Така жената бива оценявана единствено от гледна точка на нейните обслужващи, обгрижващи функции по отношение на човешкия вид. Феминистките аргументи са насочени към ролята на отношенията между двата пола в репродуктивния акт. Жената е биологичният вид, който износва, ражда и в повечето

случаи отглежда децата. Новите репродуктивни технологии дават възможност да се разграничи сексуалния от репродуктивния акт. Сексуалният акт се явява излишен и незадължителен за възпроизводството на човека. Според тях личният опит и личните преживявания, а не абстрактните морални разсъждения, са първият източник на моралните решения и произтичащите от тях действия.

Тяхната ограничена способност да интерпретират и разчитат значенията на предлаганите практики варира в зависимост от вида на властовите отношения, в които жените са поставени. Техниките на биовластта са хетерогенни, а степента, в която може да се запази свободно пространство извън нормите, които налагат е ограничена. Като резултат, отношението на жените варира от безрезервно приемане до отхвърляне (Fisher and Davis, 1993).

Биомедицината се превръща от вид знание в концепция за управление – в национален проект, свързан с идеята за модернизация и утвърждаване на националната държава (Davis-Floyd, Pigg, and Cosminsky, 2001: 105-139). Този вид знание получава възможността да определя границите на избор на индивидите: това, което е мислимо и немислимо, въобразено и невъзможно, рационално и ирационално (Williams, 1980). Както вече отбелязах, преходът и утвърждаването на биомедицинското знание относно репродукцията се свързва и с изтласкване и маргинализиране на съществуващото такова, дефинирано в най-добрия случай като остатък от суеверието или фолклора. По този начин биомедицината се представя и преживява не просто като насилие или принуда, а като възможност за свобода отвъд традиционните ограничения и разбирания.

Настоящи изследвания разкриват, че значителните межкултурни разлики относно обхвата и прилагането на различни биомедицински похвати и техники в областта на репродукцията, т.е. в акушерството и гинекологията, водят до заключението, че повече от всяка друга област в здравеопазването организацията на майчиното здравеопазване – от женската консултация до раждането и неонаталния период, е синтез между наука, културни идеи и структурни влияния (De Vries et al., 2001).

Тези межкултурни различия в клиничната практика се обуславят от влиянието на различни фактори: на първо място, акушерството и гинекологията се свързват с проблемите на сексуалността, пола, семейството и родството; социалните и културно специфични разбирания по тези едновременно дълбоко лични и публични въпроси няма

как да не влияе на значението им в медицинската практика, поне в известна степен (Davis-Floyd, 1992). Процесът на медикализация на репродукцията се осъществява посредством прилагането на определен тип технологии. Легитимността им се основава на тяхната ценност: те задоволяват определени жизнени нужди. В демократичните общества индивидите предпоставят открито „правото“ си на достъп с оглед на целия спектър налични биотехнологии: неограниченото право на достъп като форма на индивидуална свобода се сблъсква с изискванията за рестрикции, с оглед най-добрите интереси на обществото. Сблъсъкът индивидуално/ общностно представлява и една от най-съществените дилеми, които развитието на биотехнологиите носят, още повече, че последните се развиват непрекъснато, което постоянно променя етическите и социални параметри на ситуацията.

Биомедицината активно се конструира с помощта на биомедицинската технология, а здравните въпроси често пъти се свеждат до технически проблеми, разрешими чрез употребата на технологията и науката, което до известна степен ги деконтекстуализира, докато реалните ефекти върху живота на индивидите се оценяват на база ценностната неутралност на самата технология (Lock and Nguyen, 2010: 18).

Репродуктивна отговорност/репродуктивна свобода.

Според Ейми Мулин бременността се възприема като един вид отклонение от нормалното, по-близо до болестта, изискваща на всяка цена медицинска намеса (Mullin, 2005). От бременните жени се очаква да внимават какво ядат, какво пият, колко наддават, как спят, какви емоции изпитват, каква сексуална активност би следвало да имат спрямо стандартите установени от лекарите (Kukla, 2005). Бременността на жената е един възлов период, който на практика от личен се превръща и в обект на публично внимание и контрол или както авторката сполучливо отбелязва „утробата на майката се превръща в квазипублична територия, а правото на автономия на практика бива зачитано отчасти“ (Barnett, 1993: 886-887).

Феминистката концепция за правото на жените да контролират живота и телата си кореспондира с либералните нагласи към автономия и равенство. За разлика от тях обаче мнозинството феминистки автори подхождат скептично към новите репродуктивни биотехнологии, които са продукт на разбирането за репродукция на

белите мъже от средната класа, тоест има се в предвид, че господстващият в медицината и науката дискурс, е мъжки.

Нещо повече за много феминистки новите репродуктивни практики и технологии само биха затвърдили съществуващите властови неравенства (Corea, 1985, 1988; Rothman, 1989), обезвластявайки жените в неравностойно положение, като например подчинявайки икономически, бедните в услуга на богатите (напр. в случаи на сурогация), създавайки нови социални очаквания, механизми на символен натиск, принуждавайки жените да прибегват до средства като ин-витро или задължително да се подлагат на изследвания като пренатална диагностика и други, като по този начин неизбежно отразява културните, икономически, сексистки и расистки основи на обществото (Brazier, 1998).

Критиката на концепцията за репродуктивна автономия като погрешна или като празна реторика отразява по-широката феминистка критика на понятието автономия конструирано като индивидуален избор: в рамките на неегалитарната социална и икономическа система върху изглеждащия на пръв поглед свободен избор винаги ще съществува определен натиск поставящ жените в неизгодна позиция. Това е изключително проблематично в светлината, в която медицината представя употребата на нови практики и технологии като норма: като напр. нормализацията на пренаталния скрийнинг за синдром на Даун, оформяща на практика изборът за провеждането на такъв. В този смисъл проблематични са не просто технологиите, нито тяхната масова употреба, а начинът по които биват оценявани (Sherwin, 1992).

Особено важна за настоящата статия е концепцията на К. Маклийд за себе-доверие, която може да преформулира традиционното разбиране за автономия и да разкрие неговия релационен характер. Засягайки теми като аборт, лечение на безплодие и пренатална диагностика, авторката показва, че медицинските практики и съответно извършващите ги специалисти до голяма степен могат да подкопаят увереността на жените в собствените им възможности и сили. Това би могло да се промени, ако съответните специалисти използват властта си да повлияят на същата тази увереност, т.е. да променят и самия характер на отношение лекар-пациент, отличаващ се със специфичната тенденция да третира емоционалните и индивидуални потребности на жените единствено до символичните връзки с тялото (McLeod, 2002). Маклийд обаче

интерпретира понятието за себе-доверие като част от морално измерение, спрямо което уязвимостта е основен компонент. Според нея всяка една бременна жена може да се информира или да прочете как трябва да се държи по време на бременността си, но ако тя не се доверява на себе си и на собствената си преценка, няма да има възможност да се го реализира, дори и ако собствената ѝ преценка влиза в разрез с мнението на лекаря или експертите. Да се довери на себе си, ще значи да интегрира прочетеното към нейният собствен и на бебето живот, предвид на наличните ресурси и отговорностите към другите. Затова за да можем да изясним какво означава репродуктивната свобода и как би могла да се реализира пълноценно, постигайки репродуктивна автентичност, която е нищо друго освен субективно усещане за пълноценност на взетите репродуктивни решения, трябва да изясним концепцията за уязвимост.

Уязвимост

Човешкият живот е обусловен от уязвимостта. Човешките същества имат телесна същност и като природни същества са изложени на потенциалните вреди на болестта, увреждането и смъртта. Като уязвими същества те зависят от грижата на другите през определени периоди от своето човешко съществуване. Като социални същества, хората са емоционално уязвими от загубата, мъката, negliжирането, злоупотребата, отхвърлянето или унижението. Като социополитически същества, те са изложени на риск от експлоатация, манипулация, политическо насилие и принуда. Дали уязвимостта е общочовешка категория, валидна за всички или засяга само тези, които са повече уязвими (Sellman, 2005: 4).

Джудит Бътлър (2004, 2009) изследва етиката на въплътената уязвимост като онтологична предпоставка на човешкото. Тя представя етическите импликации на вродената уязвимост на човешкото тяло, която ни открива за действията на другите – от насилие и злоупотреба до грижа, щедрост и любов. Тази взаимосвързаност е съществена за всяко човешко отношение и предполага несигурност. Уязвимостта се преживява чрез тялото, без значение дали като вродена или ситуационна характеристика. Именно пребиваването на човешките същества като такива от плът и кръв ги предразполага към уязвимост във всеки един момент от тяхното съществуване. Goodin, (1985) предполага, че задължението да се предпазват уязвимите е спрямо всеки, който е в позиция да ги

подпомогне, но най-вече този спрямо когото уязвимият е най-уязвим. Следователно, хората които са овластени или в авторитетна позиция имат специална отговорност спрямо тези, над които имат власт или които са практически зависими от тях. От друга страна, признанието за обща или специфична, контекстуална уязвимост не би следвало да влиза в конфликт с реализирането и разгръщането на индивидуалната автономия или автентичност. Повече от всяка друга област, политиката на майчиното здравеопазване предполага илюстрация на това какво е уязвимост, в какви отношения е поставена, и съответно как би могла да помогне за реализирането на репродуктивно-автентични житейски решения.

Случаят „Изабела“ или нейното сърце също биеше[1]

„30-годишната Изабела е омъжена и има едно дете. Според близките ѝ тя е искала и второто. Още в началото на бременността обаче става ясно, че плодът има сериозни увреждания. В момента в Полша абортът заради увреждане на плода, независимо колко е тежко, е незаконен. Когато е в 22-ата седмица от бременността, водите на Изабела изтичат и тя е приета в болница. Лекарите обаче отказват да предприемат действия и казват на пациентката, че не могат да извадят плода докато сърцето му все още бие [...] Според адвокатката на семейството Йоланта Будзовска лекарите са решили да направят Цезарово сечение едва след като е потвърдено, че плодът е умрял в утробата на Изабела. На път към операционната обаче сърцето на жената е спряло и тя е починала [...] лекарите не са посмели да извадят плода от утробата на Изабела преди той да умре, защото са се опасявали да не ги обвинят в незаконен аборт, въпреки че здравето на майката е било застрашено[...] Ако те направят аборт твърде рано и ако прокуратурата реши, че не е имало опасност за майката, те са заплашени от три години затвор. ‘За докторите е трудно да прилагат това на практика. Те не знаят дали вземат правилното решение, когато наистина има такъв риск. Ако те направят аборт твърде рано и ако прокуратурата реши, че не е имало опасност за майката, те са заплашени от три години затвор’“ (Симеонова, 2021).

Статистиката показва, че 98% от извършените 1100 законни аборта в Полша през 2019 г., са свързани с тежка деформация на ембриона. Според думите на Вартоломей Врублевски от партията „Право и справедливост“ – „абортът е форма на „евгеника“, тъй

като се посяга на плода[...] пренаталните тестове не са напълно надеждни“ (Дойче Веле, 2020).

Поставени в контекста на своята телесна уязвимост, често пъти единствената възможност за бременните жени да реализират своята автономия, е чрез правото на отказ. Можем ли изобщо да говорим за репродуктивна свобода в случай като този? Без значение дали властовият авторитет е този на лекаря, правителството или Църквата? Доколко автентични могат да бъдат взетите вместо нас решения и до какво могат да доведат когато се прилагат без оглед на индивидуалната ситуация и контекст. С какво ситуацията на полските жени е различна от тази на всички други, на които пренаталните тестове и обвързаният с тях, селективен аборт в случай на установени увреждания на плода се налагат като единствено, възможно решение и като икономически целесъобразна политика („Искам си моето момиченце повече от всичко на света! А трябва да направя аборт“).[2]

Уязвимостта често пъти се третира като дефицит, слабост, несъвършенство, недостиг, което превръща заявяването ѝ в още по-трудна задача за тези, които в даден момент попадат повече или по-малко в нюансираните ѝ категории. И в единствена възможност за последните да придобият отново онази вътрешна сила, позната във философско-етическата литература като автономия. Куражът да покажеш и да бъдеш видян, да говориш и да бъдеш чул, често пъти се възпрепятства от неудобството относно това какво ще видиш и чуеш за себе си, на свой ред. Но е единственият начин, по който актьорите зад кадър, могат да се върнат обратно на сцената. Единствената форма на социална промяна в сферата на репродукцията се случва тогава, когато табуто на мълчанието, натежало от вина и срам бъде преодоляно и жените започнат да припознават една в друга собственият си глас. Това движение отвътре навън е реализацията на свободата, в която са родени и която с известни условности, наричаме репродуктивна.

БЕЛЕЖКИ

[1] Вж.: Симеонова, Е., 2021.

[2] Вж. Костова, Л. *Морален избор и дилеми при провеждането на дородова генетична селекция*. 2016.

ЛИТЕРАТУРА

- Дойче Веле.** (2020). *В Полша забраниха абортите, дори ако плодът е увреден.* Достъпно на: <https://p.dw.com/p/3kKBN>.
- Симеонова, Е.** (2021). *"Нейното сърце също биеше."* Как Изабела умря заради забраната на абортите. Достъпно на: <https://www.svobodnaevropa.bg/a/31553337.html>.
- Barnett, C. B.** (1993). The Forgotten and the Neglected. –In: *Golden Gate University Law Review* 863, 886– 887.
- Brazier, M.** (1998). *Reproductive Rights: Feminism or Patriarchy?* Open University Press.
- Butler, J.** (2004). *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*, Verso, London.
- Butler, J.** (2009). *Frames of War: When Is Life Grievable?* Verso, London.
- Conrad, P.** (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232.
- Corea, G.** (1985). *The Mother Machine*. New York: Harper& Row.
- Corea, G.** (1988). What the King Cannot See. –In: Baruch, E.H., et al., (eds.), *Embryos, Ethics and Women's Rights: Exploring the New Reproductive Technologies*. New York: Harrington Park Press.
- Davis-Floyd, R., Pigg, S. L., and Cosminsky, S.** (2001). Introduction: Daughters of Time—The Shifting Identities of Contemporary Midwives. –In: *Medical Anthropology*, 20, 105–139.
- Davis-Floyd, R.** (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.
- De Vries, R., Benoit, C., van Teijlingen, E. and Wrede, S.,** eds. (2001). *Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.
- Duden, B.** (1991). *The Woman beneath the Skin: A Doctor's Patients in Eighteenth-Century Germany*. Cambridge and London: Harvard University Press
- Fisher, S. and K. Davis** (1993). *Negotiating at the Margins: The Gendered Discourses of Power and Resistance*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Goodin, R. E.** (1985). *Protecting the Vulnerable: A Reanalysis of Our Social Responsibilities*. University of Chicago Press, Chicago.
- Kukla, R.** (2005). *Mass Hysteria: Medicine, Culture, and Mothers' Bodies*. Lanham MD: Rowman and Littlefield.

- Lock, M and V. Nguyen** (2010). *An Anthropology of Biomedicine*. Wiley Blackwell, London.
- McLeod, C.** (2002). *Self-Trust and Reproductive Autonomy*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Rothman, B. K.** (1989). *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society*. New York: W.W. Norton.
- Sellman, D.** (2005). Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. –In: *Nursing Philosophy*, vol. 6, no. 1, pp. 2–10.
- Sherwin, S.,** (1992). *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Williams, R.** (1980). Base and Superstructure in Marxist Critical Theory. –In: *Problems in Materialism and Culture: Selected Essays*. London: Verso.
- Zola, I. K.** (1972). Medicine as an Institution of Social Control. –In: *The Sociological Review*, 20, 487–504.