

ŽENA KAO SUBJEKT POROĐAJA: TELESNI, TEHNOLOŠKI I INSTITUCIONALNI ASPEKTI²

Woman as a subject of childbirth: physical, technological and institutional aspects

APSTRAKT Porodaj predstavlja specifičnu tačku susreta prirode i kulture: to je biološki događaj u kome su glavni akteri društvena bića, prirodni proces kome je kroz naučno-tehnološko prevođenje dat poseban kulturni status. Ova kompleksna priroda porođaja postavlja dvostruki izazov pred ženu koja se porađa. Sa jedne strane, tok dramatičnih telesnih promena koji je u najvećoj meri izvan njene kontrole predstavlja pretnju za njenu otelovljenu subjektivnost. Sa druge strane, to što je u savremenom društvu porodaj postao objekat medicinskih znanja, praksi i tehnika po pravilu podrazumeva njegovo redukovanje na medicinski vođen fiziološki proces koji se ne oslanja na subjektivnu uključenost žene u bilo kom relevantnom smislu. Postavlja se pitanje da li uopšte žena uspeva da bude subjekt ovog procesa koji joj se dešava i koji je pre svega tehnološki posredovan i spoljašnje regulisan? Iskustvo porođaja posmatraču kao kompleksan proces koji je određen interakcijom između konstantno promenljivog otelovljenog iskustva i medicinskih praksi i tehnika kojima je žena podvrgnuta. Na osnovu analize porođajnih narativa pokušaću da pratim tok ovog iskustva i brojne promene kroz koje žena kao subjekt prolazi u u lokalnom akušerskom kontekstu koji sa sobom nosi niz institucionalnih specifičnosti.

KLJUČNE REČI porođajno iskustvo, otelovljena subjektivnost, medicinska praksa, institucionalni kontekst

ABSTRACT Childbirth represents a specific meeting point between nature and culture: it is a biological event in which the main actors are social beings, a natural process which has been given a special cultural status through the process of scientific-technological translation. The complex nature of childbirth also raises twofold challenge to woman in labour. On the one hand, the flow of dramatic bodily changes that is mostly beyond her control represents a threat to her embodied subjectivity. On the other hand, the fact that labour is turned into

1 biljana.stankovic@f.bg.ac.rs

2 Ovaj članak je rezultat rada na projektu broj 179018 koji je finansiran od strane Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja.

an object of medical knowledge, practices and techniques in contemporary society usually implies its reduction to medically guided physiological process that does not rely on women's subjective involvement in any relevant way. This brings up the question of whether a woman manages to be the subject of a process that is happening to her and that is primarily technologically mediated and externally regulated? I will think of the birth experience as a complex process which relies on the interaction between the constantly changing embodied experience and medical knowledge and techniques that woman is subjected to. Based on the analysis of the birth narratives, I'll try to follow the flow of this experience and numerous changes that women as subject is going through in local obstetrical context which bears a number of institutional specificities.

KEY WORDS *childbirth experience, embodied subjectivity, medical practice, institutional context*

Uvod

„Nauka otkriva i stručnjaci kontrolišu i posreduju njenu matericu kao javni prostor. Njeno telo postaje arena u kojoj se odvijaju aktivnosti od neposrednog značaja za državu i društvo.” (Duden, 1993: 95)

Tokom prethodnih više od dve hiljade godina ženska tela su konstantno bila zamišljena kao promenljiva i nepredvidiva. Za njih su vezivane posebne moći koje se tiču njihovog reproduktivnog kapaciteta, ali i opasnosti da će te moći biti narušene i izopačene zbog čega ženska tela moraju da budu podvrgnuta nadzoru i kontroli (Kukla, 2005; King, 1998). I pored ranih istorijskih korena ovakvog pogleda, uobičajeno se smatra da je u drugoj polovini 18. veka došlo do suštinske transformacije u tome kako su žene reprezentovane i tretirane vezano za njihova reproduktivna stanja, pre svega trudnoću i porođaj (Duden, 1993; Moscucci, 1990). Ta transformacija po pravilu se povezuje, sa jedne strane, sa napretkom tadašnje nauke, posebno medicine, a sa druge strane, sa promenama u političkoj i društvenoj sferi. Ukazuje se na to da žensko telo postaje javno, i kao objekt medicinskog posmatranja i intervencije i kao objekt društvenog i institucionalnog upravljanja (na šta referira citat Barbare Duden kojim počinje ovaj tekst). Savremena situacija može se videti kao kulminacija istorijskog procesa stavljanja ženskog reproduktivnog zdravlja pod nadležnost medicine. Ovaj proces u slučaju porođaja podrazumeva to da je on posmatran kao potencijalno rizičan i patološki, pa je zbog toga tretiran od strane medicinskih stručnjaka uz oslanjanje na brojna tehnološka sredstva, i to u institucionalnom okruženju. Na ovakav pristup tretiranju porođaja u literaturi se često referira kao na medicinski ili tehnokratski model (Davis-Floyd, 2001).

U osnovi medicinskog pristupa fenomenima stoji moderni princip razdvajanja, koji svoj paradigmatičan izraz ima u kartezijanskoj metafizici

(Leder, 1992). Dualističko razdvajanje duše i tela, praćeno mehanicističkim rastavljanjem samog tela na skup delova, jeste ono što je omogućilo da se reproduktivni proces poput porođaja shvati kao tehnološki problem i da mu se u skladu sa tim pristupi. Međutim, neke feministički orijentisane autorke ukazuju na to da dok je redukovanje na „telo-mašinu” (Fuko, 1997) ono sa čim se susreću svi pacijenti, nezavisno od svojih rodni specifičnosti, ova inherentno egalitarna (iako mehanicistička) predstava o ljudskom telu, kada je reč o ženskim reproduktivnim stanjima, biva zakrivljena zahvaljujući dominantno patrijarhalnoj perspektivi savremenog društva. Žensko telo svakako jeste mašina, ali ono je mašina inherentno i nepredvidivo podložna kvarenju i smetnjama u funkcionisanju (Kukla, 2005; Chadwick, 2006).

Iako ljudsko telo, uprkos svojoj kompleksnosti, može da bude podvrgnuto prirodno-naučnom tretmanu, ovo telo ne spada neproblematično u kategoriju prirodnih objekata. Naše telo nikada nije samo objekat u svetu, već posreduje naše celokupno doživljavanje sveta i našu aktivnost u njemu. Mi živimo kroz to telo, tj. to telo je istovremeno življeno telo (*lived body*). Merlo-Ponti, tako, kaže: „Ja sam, dakle, svoje telo, bar u onoj meri u kojoj ga doživljam, i, recipročno, moje telo je kao prirodni subjekt, kao privremena skica mog totalnog bića. Tako se doživljavanje sopstvenog tela suprotstavlja refleksivnom kretanju koje oslobađa objekt od subjekta i subjekt od objekta, i koje nam daje samo misao o telu ili telo u ideji, a ne doživljavanje tela ili telo u stvarnosti” (Merlo-Ponti, 1975: 341). U ovome se sastoji antikartezijanski stav zastupan i razvijan tokom istorije fenomenologije. Zbog ove važne specifičnosti, biomedicinska perspektiva koja telo posmatra kao mašinu sastavljena od različitih delova koji su funkcionalno povezani i koje je moguće objektivno ispitivati i na njima intervenirati ima velike, i to negativne, posledice po ženu kao *otelovljenog* subjekta.

Fenomenološka rekonstrukcija (porođajnog) iskustva

Osnovna fenomenološka pretpostavka je da mi opažamo svet i delujemo na njega posredstvom svog tela, odnosno kao otelovljeni subjekti. Iako je baza celokupnog doživljavanja, telo je tokom uobičajenog funkcionisanja za nas odsutno, ili pre implicitno prisutno: „(...) ja promatram vanjske predmete svojim tijelom, njima rukujem, nadzirem ih, zaobilazim ih, ali što se tiče moga tijela, njega samog ne primjećujem” (Merleau-Ponty, 1990: 118). Naš doživljaj telesnosti tako odlikuje krajnja neposrednost i podrazumljivost, pa telo nestaje kao eksplicitan objekt saznanja ili delovanja tj. ono „je dato samo implicitno” (Sartr, 1984: 337). U nekim životnim okolnostima se ova situacija menja i telo izranja iz pozadine i dolazi u centar naše pažnje. Ovo se u fenomenološkoj literaturi često opisuje kroz dijalektiku između tela kao subjekta i tela kao objekta. Postoje mnogi načini na koje nam se telo pojavljuje kao objekat koga postajemo eksplicitno svesni, ali, s obzirom na temu kojom se bavimo, usmerićemo se samo na jedan oblik ovog pojavljivanja koji je paradigmatičan za prekomerno i intruzivno prisustvo sopstvenog tela u iskustvu.

Svaki put kada telo postane eksplicitno percipirano i tematizovano uvodi se izvesno distanciranje u odnosu na subjekta. Ali, neprijatna iskustva unose

dimenziju otuđenosti koja nije karakteristična za neutralna ili prijatna iskustva. Javljanje jakog bola dovodi me u situaciju u kojoj „svoje sopstveno telo mogu doživeti kao distancirano, kao nešto problematično i strano”, što se „može pojaviti kao ‘Drugo’ i kao suprotstavljeno selfu” (Leder, 1990: 70). Bolne telesne senzacije ispunjavaju naš iskustveni prostor i tada svet postaje ono što se povlači u pozadinu. Telo ili pojedini njegovi delovi/organi postaju centralni za naše iskustvo, ali ne kao intimni delovi nas samih, već kao prisustvo nečeg stranog i ugrožavajućeg. Ovaj, uslovno rečeno, raskol između tela i selfa u tim trenucima nije samo iniciran bolom, on je i adaptivni odgovor na njega (ibid.: 77). Deo tela ili organ se pozicioniraju nasuprot selfu u našem fenomenološkom prostoru i postaju nešto spoljašnje otelovljenom doživljaju subjekta koji na taj način makar donekle uspeva da očuva integritet pred unutrašnjom pretnjom koju trpi.

Dakle, doživljaj bola ili telesne nelagodnosti ne predstavlja samo „napad na moje instrumentalno telo (*Körper*), već radikalno narušavanje moje otelovljene (*embodied*) subjektivnosti” (Turner, 1992: 167). Subjekt koji je prethodno, tokom uobičajenog funkcionisanja, bio neposredno i neproblematično identifikovan sa svojom telesnošću, suočen je sa problemima integracije i prevazilaženja. Važno je istaći sledeće – dok je u uobičajenim okolnostima subjekt otelovljen (i tada se telo i ne primećuje i ne spominje), u situacijama koje su izazov za tu otelovljenost ne dolazi do toga da subjekt postaje neotelovljen (odnosno da se mentalni self nađe na jednoj, a telo na drugoj strani), već se neki deo telesnog doživljavanja subjekta, neki telesni aspekt distancira i pozicionira nasuprot (ostatka) *otelovljene* subjektivnosti (Akrich i Pasveer, 2004)³.

Ova analiza je bitna jer pokazuje da i pre i nezavisno od ulaska u medicinsku instituciju žena kao subjekt prolazi kroz niz promena. Radikaln upliv intenzivnih telesnih procesa nad kojima nema kontrolu, kao što je slučaj na porođaju, žena po pravilu doživljava kao suštinski destabilizujuće iskustvo po svoju subjektivnost. Važno je razumeti prirodu ovih promena kako bi nam postalo jasno zašto institucionalne procedure i medicinske prakse, koje se često samo nadovezuju na započeti proces disocijacije i produbljuju doživljaj otuđenosti, ponekad imaju dramatične posledice po ženu kao subjekta.

Istraživanje

Empirijski materijal analiziran u ovom tekstu prikupljen je kao deo šireg kvalitativnog istraživanja koje se bavilo promenom subjektivnosti žena tokom trudnoće i porođaja, posebno s obzirom na dramatične telesne promene koje se tada odvijaju i s obzirom na način na koji medicinska znanja, prakse i tehnike posreduju ovaj proces. Sa petnaest žena obavljena su po dva polustrukturisana intervjua (prosečnog trajanja od po dva sata), prvi tokom trudnoće, a drugi nakon porođaja⁴. Svi razgovori su snimljeni i transkribovani i oni su činili

3 Self koji usmerava pažnju na telo, pokušava da ga razume i utiče na njega nije neka čisto psihička instanca, već otelovljeni self, telo kao subjekt.

4 Sve sagovornice su u vreme prvog intervjua bile trudne sa svojim prvim detetom, imale su medicinski nekomplikovane trudnoće i sve su se porodile u državnim medicinskim

osnovni materijal za analizu. Podaci o lokalnom institucionalnom okruženju i medicinskim praksama i tehnikama dopunjeni su sekundarnim materijalom: beleškama sa terenskog istraživanja u jednom beogradskom porodilištu⁵, informacijama dobijenim iz razgovora sa malobrojnim lekarima koji su pristali na intervju i analizom medicinskih udžbenika. Osnovni okvir za tumačenje porođajnih narativa predstavljala je interpretativna fenomenološka analiza koja za cilj ima detaljnu rekonstrukciju individualnog iskustva, ali i njegovo situiranje kako u socio-kulturnom, tako i u teorijskom kontekstu (Smith, 1995; Eatough i Smith, 2008; Larkin et al., 2006).

Specifičan fokus ovog teksta biće da kroz analizu porođajnih iskustava odgovorim na pitanja o tome kako žene doživljavaju porođaj, kakvu ulogu njihovo telo zauzima u njihovim opisima i narativima, i u kojoj meri i na koji način institucionalno okruženje i medicinske prakse i tehnike oblikuju ovo iskustvo. Dakle, baviću se subjektivnim aspektom porođanja, time kako se porođaj pojavljuje za samu ženu, odnosno kako ona doživljava ono što joj se dešava (i u telesnom i u medicinskom smislu), i na koji način se prema tome odnosi – tj. da li uspeva da bude agent porođajnog procesa. Krenuću od pretpostavke da je moguće pratiti promene subjektivnosti žene tokom porođaja kao kompleksan proces koji je određen interakcijom između konstantno promenljivog oteľovljenog iskustva i medicinskih praksi i tehnika kojima je podvrgnuta u konkretnim institucionalnim okolnostima.

Medicinsko tretiranje porođaja u lokalnom institucionalnom okviru

„Savremeno vođenje porođaja podrazumeva njegovu potpunu kontrolu u svim fazama.”
(Momčilov, 2005: 345)

„A nemaš ti kontrolu ni nad čim, to možeš samo da zaboraviš. Ni nad čim. Sve ti se dešava i gledaš samo kad će da ti se završi.” (Ivana)

Uobičajena medicinska predstava žene koja se porođaja – a to je predstava koja je dominantna u savremenim okolnostima, makar u zapadnom svetu, i u medicinskom kontekstu i van njega – podrazumeva telo koje je sastavljeno od niza delova (materice, porođajnog kanala, vagine) koji obavljaju nevoljne

ustanovama. Prosečna starost sagovornica bila je 29 godina (u rasponu od 26 do 34 godine) i sve su u vreme intervjua živele u Beogradu. Polovina je regrutovana na pripremama za porođaj u jednom beogradskom domu zdravlja, a polovina tehnikom „snežne grudve”. Pribavljena je njihova pismena saglasnost za učestvovanje u istraživanju. Oba razgovora su obavljena u njihovim domovima, prvi od sredine osmog do kraja devetog meseca trudnoće, a drugi od jednog do tri meseca nakon porođaja.

- 5 Terensko istraživanje u jednom beogradskom porodilištu obavljeno je tokom četiri meseca u drugoj polovini 2012. godine. Tokom njega imala sam priliku da posmatram bolničke režime i prakse, da razgovaram sa više desetina žena koje su nakon porođaja ležale na odeljenju i da povremeno stupam u interakciju sa medicinskim osobljem.

pokrete i biološki uslovljen rad kako bi se beba rodila, bez bilo kakve subjektivne uključenosti žene. Tako se u medicinskim udžbenicima iz kojih uče budući akušeri porođaj određuje kao isključivo fiziološki događaj, pa se ostavlja utisak da se on odvija na automatski način poput nekih drugih fizioloških procesa kao što su cirkulacija ili izlučivanje, a žena i njeno telo se čak i ne spominju. „Normalan porođaj predstavlja fiziološko zbivanje koje se završava rađanjem deteta i izbacivanjem posteljice i plodovih ovojaka” (Mladenović et al., 2008: 319). U skladu sa ovim određenjem je i identifikovanje faktora koji determinišu tok i ishod porođaja, a koji se svode na odlike porođajnog puta – karlice i grlića materice, porođajnog objekta – tj. bebe, i porođajnih snaga – pod čime se podrazumevaju *nevoljna* grčenja glatke i poprečno prugaste muskulature tj. kontrakcije i naponi (Čutura, 2005). Dakle, iz medicinske perspektive, žena i bilo koja njena odlika ili postupak ne utiču ni na koji način na tok i ishod porođaja. Oni su u potpunosti određeni telesnim procesima i kretanjem ploda tj. porođajnog objekta i fizičkim/biološkim karakteristikama jednog određenog dela tela žene. Ovo se odlikava i u intervjuima sa lekarima koji ulogu akušera vide prvenstveno u dobroj proceni fizičkih karakteristika ženinog tela i porođajnog objekta tj. toga koliko su ove dve veličine podešene jedna drugoj:

„Svo umeće akušera, ja to često kažem i studentima, sastoji se u tome da procene, i u tome je ta veličina i stručnost, da procene da li određeni dati plod u vašem trbuhu može da prođe kroz vaše porođajne puteve neoštećen. Kad se to dobro proceni onda se zna koliko je porođajnih snaga potrebno i tako dalje... i onda je to dobar akušer i dobar porođaj.” (iz intervjua sa lekarom)

Pošto je problem mehanički postavljen, i rešenje je iste prirode⁶. Procenjuje se koliko je „snaga” potrebno da se objekat određenih fizičkih karakteristika provuče kroz otvor određenih fizičkih karakteristika i koliko „dodatnog rada treba uložiti”. Ovaj dodatni rad ulaže akušer tako što pojačava spontane porođajne snage tj. kontrakcije dodavanjem sintetičkog hormona, na šta ćemo se vratiti kasnije.

Reprezentacija porođajnog procesa kao isključivo mehaničkog i fiziološkog ima normativnu i regulativnu ulogu, pa određuje ne samo način na koji će žena i njeno telo biti predstavljeni, već i način na koji će biti tretirani u realnoj medicinskoj praksi. Tokom čitavog trajanja porođaja objekat medicinskog nadgledanja i intervencije je isključivo porođajno telo, i to najčešće samo jedan njegov deo – materica. Dakle, telo se *objektifikuje* i *parcijalizuje*, kako bi se lakše nadgledalo i kako bi se na njemu intervenisalo. Od kada žena uđe u porodilište niz praksi koji se nad njom sprovodi usmeren je na matericu – prati se jačina i učestalost materičnih kontrakcije na CTG-u, prstima se tokom redovnih pregleda proverava raširenost grlića i vrši se ručna dilatacija, na kontrakovanje

6 Ovakav pristup porođaju ima dugu tradiciju i potiče iz prve polovine 18. veka, kada je jedan od prvih akušera, Vilijam Smeli (William Smellie), počeo da posmatra porođaj kao mehanički proces. On je takođe uveo merenje grlića materice i merenje glave ploda da bi se predvideli mehanički faktori koji su prediktori uspešnog porođaja (Spencer, 1927). To znači da se akušerska reprezentacija porođaja nije suštinski menjala tokom prethodnih skoro tri veka.

materice utiče se intravenskim administriranjem hormona, a na matericu se čak vrši i mehanički pritisak prilikom izbacivanja ploda⁷. Materica tako nije samo centralni, već je po pravilu i isključivi objekat medicinske prakse tj. i nadgledanja i intervencija, što kao posledicu ima to da su uloga i iskustvo žene sasvim irelevantni, odnosno da se oni aktivno zanemaruju.

Postoji čitav niz *institucionalnih* praksi koje uvode i olakšavaju ovakav pristup ženi i njenom telu tj. pretvaraju *otelovljenog subjekta* u *desubjektivirano telo* koje je objekat medicinske prakse i ukratko ćemo se pozabaviti njima pre nego što se posvetimo detaljnoj analizi konkretnog medicinskog tretmana i njegovim posledicama.

Desubjektivacija žena kroz institucionalne prakse – crna slova

„To je sistem sa dobro organizovanom, unutrašnjom logikom, podržanom iskustvom i obukom, jezikom, bolničkim pravilima i potrebama zdravstvenog osiguranja, specifičnom tehnologijom, i duboko utemeljenom logikom rizika i fokusom na ‘bebi’ – vi želite zdravu bebu, zar ne?” (Halfon, 2010: 64)

I pre ili nezavisno od toga što biva objektivizovana nizom medicinskih praksi, žena kao osoba prolazi kroz izvestan niz promena. Od samog ulaska u instituciju dolazi do suspendovanja njenog društvenog identiteta i individualnih specifičnosti. Socijalne uloge koje je žena imala pre ulaska u porodilište postaju irelevantne i ona postaje *generički pacijent*. Takođe, individualne specifičnosti su prisutne na veoma kontrolisan način i to samo u onoj meri u kojoj su relevantne za smeštanje žene u neku dijagnostičku kategoriju ili rizičnu grupu. Od žene se na prijemu u porodilište zahtevaju adekvatno selekcionisane i koncizne informacije koje se, u obliku „akušerske anamneze”, zapisuju u karton. Od tada, sve što je za porođaj relevantno već postoji na ček-listi, pa procedura koju propisuju kako medicinski udžbenici tako i bolnički protokoli ne predviđa dalju interakciju sa ženom, sve do samog kraja porođaja i faze napona (o čemu će detaljno biti reči u završnom delu teksta). Komunikacija tokom trajanja porođaja ostavljena je najčešće dobroj volji osoblja i tretira se kao „vanmedicinska usluga”. Sve što je *medicinski* relevantno u pogledu njenog stanja je ili već zapisano ili se prati posredno (pregledi lekara, medicinska tehnika poput CTG-a), pa komunikacija može i da izostane. Upravo to je u našim okolnostima često slučaj i na pitanje (ne)informisanja žena o onome što im se dešava ćemo se vratiti nešto kasnije.

Medicinski karton porodilje koji se formira na prijemu u porodilište (na osnovu medicinske dokumentacije koju žena donese sa sobom i informacija koje se tada prikupe) i prati ženu sve dok ne izađe iz njega predstavlja zamenu za

7 U stručnoj literaturi se na ovu praksu pritiskanja fundusa referira kao na zahvat po Kristeleru (Mladenović et al., 2008), a žene je najčešće opisuju rečima „onda su mi legli na stomak”.

sva subjektivna ispoljavanja dok je žena u bolnici – medicinskom osoblju nije potrebno da žena bude izvor informacija o svom stanju, jer jednostavno mogu da se obrate kartonu. Žena je i u doslovnom smislu prošla kroz proces *birokratizacije* (Thompson, 2005). Ovo je jedan od važnih koraka desubjektivacije žene koji olakšava njenu dalju objektivaciju i protok kroz instituciju. Nadgledanje i regulacija porođaja se odvijaju po ustaljenim obrascima i sve žene su, bez obzira na individualne specifičnosti, ukoliko su smeštene u istu kategoriju tretirane na isti način. Dakle, medicinski tretman u porodilištu je u velikoj meri *standardizovan* (Davies-Floyd, 2001). Birokratizacija je ono što ovu standardizaciju omogućava, jer je žena podvrgnuta određenom tretmanu na osnovu kategorije u koju je smeštena – kao prvorotka, gojazna, sa povišenim krvnim pritiskom ili prethodnim carskim rezom. Nepostojanje individualizovanog pristupa tretmanu nekada vodi izrazito negativnim posledicama, i to ne samo po iskustvo i subjektivnost žene, već i po njenu i bebinu bezbednost i zdravstvenu dobrobit. To veoma dobro ilustruje praksa rutinskog administriranja hormona za pojačavanje kontrakcija, čemu će biti posvećen centralni deo ovog teksta.

Time što je nizom institucionalnih praksi porođaj desubjektiviran i deindividualizovan, on je zapravo *otuđen*. Prestaje da bude proces u kome učestvuje čitava osoba, sa svojim specifičnostima, preferencijama i iskustvima i postaje *operacionalizovan* (preko precizno definisanih značajnih aspekata i faza) i *objektifikovan* proces koji je nadgledan i regulisan od spolja. Tako je žena kao subjekt najčešće isključena tokom (skoro) čitavog trajanja porođaja, a njeno telo je objektivifikovano i prepušteno intervencijama medicinskog osoblja.

Prilagođenost okruženja glavnim akterima porođaja – lekarima

Pošto je žena zanemarena tj. isključena kao subjekt i ne smatra se da ona treba da odigra bitnu ulogu na porođaju, ne čudi što su najrazličitiji aspekti institucionalnog okruženja i organizacije porođaja – raspored prostorija, izgled opreme, položaj za rađanje itd. – prilagođeni lekarima, koji se i prepoznaju kao glavni akteri čitavog procesa. Mnoga porodilišta imaju zastakljene delove zidova kako bi se olakšalo nadgledanje porodilja, bez potrebe da se ulazi kod njih u sobu i stupa u direktan kontakt sa njima. To takođe omogućava istovremeno nadgledanje većeg broja žena, što je još jedan izraz neindividualizovanog pristupa porođaju. Organizacija porođajne sale dodatno podržava distancirani odnos između žena i lekara. Staklene pregrade koje dele porođajne boksove od lekarske sobe omogućavaju da se ovaj odnos u potpunosti ogoli – lekari su prisutni pre svega kao nezainteresovano i distancirano medicinsko oko koje nadgleda i prati zdravstveno stanje žena i beba. Pošto su sve vreme „prisutni” i mogu da kontrolišu da ne dođe do neke rizične situacije ili negativnog ishoda, lekari kao da u potpunosti ispunjavaju svoju dužnost, pa staranje o ženi, njenom emocionalnom stanju, njenim potrebama, ne spada u njihovu nadležnost.

I izgled kreveta, položaj ženinog tela i pravila njenog ponašanja i oblačenja podešeni su tako da to odgovara lekaru, bez osvrtnja na posledice koje to ima

po ženu. Položaj na leđima tokom porođaja je, i pored negativnih zdravstvenih posledica, istorijski prevladao sa preuzimanjem nadležnosti nad porođajem od strane lekara, i posebno sa naknadnim premeštanjem porođaja u bolnice (Shorter, 1991), jer lekaru omogućava najlakši pristup reproduktivnim organima žene. Visoki kreveti takođe olakšavaju pregled porodilja tokom vizite, ali znanto otežavaju penjanje i silaženje ženama koje imaju ušivane rane od epiziotomije ili carskog reza.

„Zato što imamo rane i zato što su oni... zato što ti je vizita na primer u sedam ujutru a oni ti uđu u sobu i kažu ajmo žene pregled. I prvo se izderu na tebe da moraš da budeš okupan za taj pregled, mislim... U sedam ujutru, a pri tom kupatilo koje ti je na kraju hodnika, a ti ne možeš da hodaš. Kreveti su naravno podešeni tako da lekar može da se ne savija, da ne savija leđa, a ti jedva silaziš. I onda te nateraju da ležiš na tom krevetu, raširiš noge i zavrneš spavaćicu skroz ovako i da ti tako ležiš i da čekaš lekara da dođe. A nas je sedam u sobi i sve tako raskrečene... mislim u užasno ponižavajuće fizičke položaje te stavljaju. I onda ti uđe tako neka sестrica ili tako nešto koja se izdere na tebe zašto ti... a za to mi treba tri sekunde da uradim.” (Una)

Sve u bolnici postaje prilagođeno što efikasnijem odvijanju medicinske prakse bez obaziranja na to kako se žene osećaju – da li osećaju bol, umor, stid. Žene se pretvaraju u disciplinovana tela koja su tako obučena (ili gola), u takvom položaju (na leđima, sa raširenim nogama) da su sasvim podešena pogledu lekara. Poput tela u vojsci, porođajno i postporođajno telo je ono „kojim se manipuliše, koje se oblikuje, dresira, koje se pokorava, postaje poslušno...” (Fuko, 1997: 154). Ono je podešeno tako da olakša nadgledanje i manipulaciju. Tokom porođaja to za posledicu ponekad ima onemogućavanje žene da se kreće, čak i da promeni telesni položaj, jer je bukvalno „prikovana” za krevet tehnikama za nadgledanje i intervenisanje.

„E da, ovo je mnogo neprijatno, znači ti ležiš i znači imaš bolove, a stave ti ono za CTG, prikače ti pojas oko struka koji te stegne i koji ti onako otežava. Onda mi stave, stave ti kiseonik, stave ti ovo ovako u nos one žice, koje idu onako oko glave. A onda ti prikače odmah nešto glukozu ili nešto, ne znam šta. Odmah, prvo ti braunilu stave ovde, pa je odmah došla i prikačila mi nešto. Tako da ti ležiš, cevi ovde, cevi tu, cevi ovde i CTG. A tebe boli i ti ono, bukvalno kako se okrenem na ovu stranu vidim kako im zatežem sve te kablove. Užasno. Baš, baš užasno. Sve vreme. Kažem ti tvoje telo trpi takav teror, u nosu, oko struka, braunila. Znači to je nešto neverovatno. A ti bi da se zgrčiš i kao znaš.” (Saška)

Nedostatak osećaja za specifične potrebe (i ograničenja) žena koje se porođaju, ili su se tek porodile, jeste još jedan pokazatelj toga da staranje i briga nisu usmereni na ženu, kao otelovljenog subjekta, već isključivo na njeno telo (i bebu koja treba da se rodi). Lekari i sestre teže da se adekvatno staraju o telesnim procesima i stanjima, bez ikakvog zanimanja za to da li je ženi nešto potrebno, kako se ona oseća, koliko trpi i da li joj je potrebna pomoć. Navedena dva iskustva

i rasprava koja ih je pratila već su otvorila temu pozicioniranja žena u porodilištu i odnosa prema njima, čemu će detaljno biti posvećen naredni odeljak.

Pozicioniranje žene u porodilištu i odnos prema njoj

„Oni inače sve vreme imaju takvu politiku da na porođaju ćute, ne pričaju ženi ništa i teraju svoje.” (Saška)

Pre svega ćemo razmotriti kakve posledice ustaljene institucionalne norme i obrasci odnošenja imaju po pozicioniranje žene tokom porođaja i to kako se ona oseća. S obzirom na to da je za adekvatno nadgledanje i vođenje porođaja jedino relevantno da medicinsko osoblje bude informisano o stanju žene, a ne i ona sama (pošto svakako ne može da utiče na čitav proces), oni se često ne trude da joj bilo šta objasne ili najave. Pošto se ženi uskraćuje objašnjenje ona ne uspeva da izgradi okvir za razumevanje i interpretaciju toka porođaja niti mogućnost da anticipira šta će joj se događati i koliko će to trajati. Njoj je niz događaja koji se tokom porođaja odvijaju često sasvim netransparentan. Ponekad se žena oseća toliko neorijentisano i isključeno iz čitavog procesa da se pita da li je uopšte „to” tj. da li je porođaj započeo ili je čeka još neka priprema.

„I kao pregledala me i kao ‘odlično, spuštajte je dole u salu’. I ništa mi nije rekla. A znaš šta je još najgore, ona koja govori spustite je dole u salu. Ja ne kapiram da ću ja sad da legnem i da se porađam. I dalje mislim da će još neki proces tu da se događa. Ja sam čak ovu sestru pitala ‘joj da li ću moći malo da se prošetam, samo da ne ležim?’, a ona samo gleda gore, da, da hoćeš kao, čoveče nešto s tobom nije u redu. Ali uopšte ono nije, svest mi je vrlo zamagljena, znaš uopšte ne kapiram da ću ja sad da se porađam.” (Sofija)

Način na koji žene po pravilu uspevaju da saznaju nešto o svom porođaju je na osnovu razgovora između medicinskog osoblja. Iako im se lekari retko kada obraćaju *direktno*, oni razmenjuju informacije sa svojim kolegama ili daju uputstva sestrama, i tako žena posredno dobija informacije o tome šta joj se dešava i kakvim intervencijama će biti podvrgnuta. Ona je time stavljena u ulogu spoljnog posmatrača. Lekari se, čak, ni ne obaziru na činjenicu da je žena prisutna i da može da ih čuje.

„Meni on to ne priča, ne on to meni ne govori. Samo sam čula kad su rekli:” Joj, preterasmo s indukcijom, smanji. Bebi nisu dobri otkucaji”. I onda su mi smanjili. Znači ništa on tebe ne obaveštava.” E beba ti je ovako pa ćemo ovo”. Ne, sve oni to rade sami, među sobom.” (Saška)

Praksa neinformisanja žene je veoma uobičajena i one ne samo da ne znaju šta im se dešava, niti šta sledi, dok porođaj traje, nego često to ne saznaju ni naknadno (na primer, na kraju porođaja ih uvode u totalnu anesteziju i ne informišu ih nakon toga da im je rađena revizija materice ili da im je ušivan grlić koji je pukao). To im sa jedne strane otežava da integrišu porođaj u tok svog

životnog iskustva i da o njemu izgrade koherentan narativ. Porodaj predstavlja, sam po sebi, dramatičan događaj koje unosi svojevrsan prekid u uobičajeni tok iskustva, a oduzimanje ženama mogućnosti da u njega budu uključene samo produbljuje ovaj disocijativni efekat. Sa druge strane, nepoznavanje svih relevantnih činjenica o dešavanjima na porođaju ženama otežava da izgrade interpretativni okvir i normativne standarde za procenu svog iskustva.

Žena na porođaju u bolničkim okolnostima ne samo da često gubi uvid u proces koji joj se dešava, već gubi i bilo kakvu nadležnost nad njim. Ona se svakako ne pita ništa u pogledu intervencija kojima će biti podvrgnuta, ali žena gubi nadležnost i nad najbazičnijim – svojim fiziološkim potrebama.

„Donosile su mi nošu, gusku da piškim. I pri tom sam ja možda dva puta sama piškila i posle nisam mogla. Stavljali su oni meni, svakih pola sata, pa daj ljudi više šta radite... Pa nije možda svakih pola sata, ali tipa svakih četrdeset i pet minuta oni su meni stavljali 'piški, piški'. 'Pa ne piški mi se'. 'Ne, puna ti je bešika, puna ti je bešika.' Uglavnom non-stop su mi tražili. Ja više pa dajte... Ne oni 'ajde piški, piški, jesi piškila?' 'Nisam.' Oni tu dole opipaju mi stomak, kao puna je, kao stavi joj katetar.” (Anđela)

Kao što se iz Anđelinog iskustva vidi, ženin otelovljeni doživljaj se ne uzima kao pouzdano merilo, već se njeno stanje posredno proverava (čak i kad je reč o telesnim procesima u pogledu kojih se ona uobičajeno oslanja na svoj osećaj). Dakle, osim što se ženama ništa ne saopštava, od njih se ni ne očekuje nikakvo izveštavanje. Tako postaje svejedno da li je žena koja se porađa uopšte prisutna kao svesni subjekat.

Kako je jedan doktor u intervjuu, na moje pitanje o tome kakva je uloga žene u porođaju, rekao: „*Sve se odvija van domena volje žene, van njenog svesnog dela. Žene se porođaju i u nesvesti, porođaju se i u komi.*”. Dakle, žena može da bude i u nesvesti ili u komi dok se porađa. Problem leži u tome što se lekari ponašaju kao da ona to zapravo jeste. Njena subjektivnost je sasvim isključena iz situacije. Ako se zapitamo ko leži na porođajnom stolu, ispravan odgovor, iz akušerske perspektive, jeste telo koje se porađa, ne žena koja se porađa. Pitanje je šta se sa njom dešava za to vreme? I tom pitanju ćemo se upravo posvetiti kroz analizu veoma česte prakse tretiranja porođajnog tela, koja za posledicu ima verovatno najradikalniji oblik zanemarivanja i ugrožavanja žene kao otelovljenog subjekta.

Indukcija: „prirodne” vs. „veštačke” kontrakcije

„...that long, blind, doorless and windowless corridor of pain waiting to open up and shut her in...”

Sylvia Plath, *The Bell Jar*

U beogradskim porodilištima postoji rutinska praksa administriranja sintetičke verzije oksitocina, hormona koji izaziva porođajne kontrakcije, kako bi se pojačale „prirodne” kontrakcije i ubrzala druga faza porođaja. To je praksa koja je i među ženama i među lekarima poznata kao „davanje indukcije”. Ova

praksa i odnos prema njoj veoma je ilustrativan primer isključive usmerenosti na telo, uz zanemarivanje subjektivnog aspekta tj. doživljaja žene. Kada pitam lekare da li indukcija pojačava bol, odgovor je po pravilu – „Indukcija pojačava kontrakcije. Doživljaj bola je subjektivna stvar.” – dakle, nešto što nije relevantno za akušersku situaciju. U ovom tekstu pokušaću da pokažem vrstu i intenzitet razlike koju hemijsko pojačavanje kontrakcija unosi ne samo u ženin doživljaj porođaja, dakle u subjektivni aspekt procesa, već i u medicinske ishode porođaja, dakle u njegov objektivni aspekt. Smatram da se ova razlika između subjektivnog i objektivnog aspekta može povući samo uslovno i da do svih negativnih posledica dolazi upravo zbog toga što je ta razlika, u medicinskoj reprezentaciji i praksi, ontologizovana.

Pojava kontrakcija najčešće označava pojavu porođajnog tela za ženu i njihovo javljanje je po pravilu praćeno bolom. Sagovornice najčešće „svoje kontrakcije”, one koje se javljaju pre nego što u porodilištu dobiju indukciju, opisuju kao „podnošljive” – praćene su bolom koji nije prevelikog intenziteta i poznatog je kvaliteta (sličan menstrualnom bolu), traju relativno kratko, imaju pauze između sebe i postepeno se pojačavaju.

„Ja sam imala tu prvu kontrakciju koja se najčešće javlja, tu menstrualnu. Počne bol slabije, onda se pojačava i traje jedan određeni vremenski period i onda prestane. I onda neko vreme, da, neko vreme... I onda opet. Znam da sam u jednom trenutku pomislila pa to i nije toliko strašan bol.” (Tamara)

„Ovo su bolovi kao menstrualni, intenzivniji, češći ali ništa meni da se ne da podneti.” (Ivana)

Poređenje sa kasnijim bolom koji prati „veštačke” kontrakcije je čest motiv u narativima i tada se ističe pre svega razlika u intenzitetu i to koliko je njegoova pojava ne prosto neprijatna, već preplavljujuća i nepodnošljiva.

„I doktor je meni tad izjavio, rekao je doktoru drugom ne meni, tad su gledali CTG, vidi kako ima lepe prirodne kontrakcije. Ja sam tad osećala bol potpuno podnošljivo. To znači da sam ja mogla deset sati da imam takav bol. Možda pred kraj da se intenzivira. Ja bih to mogla da trpim. Ja ovo kad ti stave indukciju, ja to više nisam mogla da trpim. ... Ne znam prst da ti seku podneo bi, koliko je taj bol jak.” (Saška)

Pre dobijanja indukcije, žene se na različite načine nose sa sve jačim i češćim kontrakcijama, i često se oslanjaju na različita znanja, veštine i pomagala – gledanje u sat, brojanje, tehnike disanja. Sam intenzitet bola je takav da on može da se podnese i prevlada, ako ne neposredno, onda oslanjanjem na različita sredstva.

„I počela sam, meni su te vežbe pomagale, to disanje, ja mislim nije toliko te kontrakcije da ublaži koliko psihički što ti znaš e sad ćemo ovo, ovako ću da dišem, e sad ću ovako da dišem, prosto psihički malo okreneš se ka disanju umesto ka razmišljanju o tome kako te boli.” (Jasna)

Veoma bitna stvar koja ženama olakšava podnošenje jeste mogućnost da anticipiraju i nastupanje kontrakcije (i njihovu učestalost) i intenzitet bola koji se

gradualno povećava, što je mogućnost koja je posle davanja indukcije potpuno izgubljena. Pitanje je kako žene doživljavaju bol koji prati hemijski pojačane kontrakcije i kako se za njih sopstveno telo pojavljuje?

Ono što ovaj bol svakako odlikuje je *ogroman intenzitet*, i to takav da je sagovornicama teško da ga dočaraju i da nađu adekvatno poređenje.

„U stvari ubedljivo najgore je ta indukcija, koja neviđeno... mislim to kad krenu kontrakcije koje su izazvane indukcijom, to neviđeno boli. I jer te to odjednom širi, jer ti to pomera kosti... Pa to je stvarno strašno. (...) To je stvarno rastajanje od duše... Ceo taj bol, to je kao kad dobiješ, al to je trideset hiljada puta veći bol, ja ne mogu čak ni da uporedim taj bol. Ma to je neviđeno. I stvarno ne može da se poredi.” (Sofija)

Ipak, nije samo intenzitet bola ono što dovodi do preplavljujućeg efekta po ženu kao subjekta. Veoma bitan faktor je iznenadnost tj. njihova *nemogućnost da anticipiraju* šta će im se desiti i da se pripreme na to. Iznenadni početak jakog bola (jer im indukcija nije najavljena) i nagla promena na sasvim drugi kvalitet bola žene najčešće opisuju kao prelaz od kontrakcija koje su sasvim dobro podnosile na one koje apsolutno ne mogu da podnesu.

„Oni mene nisu ni pregledali. Pregledali su još na prijemu i od tog trenutka me više nisu ni pregledali. I samo su mi uključili indukciju. Ali ja tad ne znam šta su mi prikačili, ni koliko toga je isteklo, to stvarno ne znam. Samo ti ubace bromilu i ništa mi nisu rekli. Samo znam da su bolovi krenuli u roku od par minuta, to je možda dva-tri minuta. Samo odjednom jaki. To je presek od onih kontrakcija koje podnosiš do onih koje apsolutno ne možeš da savladaš. Ja nisam mogla... Ja sam mislila da će stomak da mi se pocepa, bukvalno. I to je takav intenzitet bola da ja ne bih znala... ne znam ni kako da opišem.” (Maja)

Dakle, izrazito ugrožavajući efekti se ne tiču prosto intenziteta bola, već oduzimanja svake mogućnosti da se taj bol predvidi, da se prema njemu zauzme stav i da se potencijalno podnese ili integriše. Tehnike koje su ženama pomagale kod prirodnih kontrakcija (poput merenja vremena i brojanja) nakon davanja indukcije nemaju više efekta, jer nema postepenog pojačavanja intenziteta – ni od kontrakcije do kontrakcije (što im je davalo vreme da se pripreme), niti tokom trajanja jedne kontrakcije.

„Ma nema vrhunca, sve vreme je vrhunac. Imaš neku malu pauzu da to prestane potpuno. Ali je kad boli sve vreme vrhunac, nema nekih stepena.” (Saška)

„Otprilike je u jednom trenutku bilo sad je najjače, da je u jednom trenutku to dostiglo maksimum i da je posle taj maksimum samo trajao.” (Anđela)

Dodatna karakteristika ovog bola je *nemogućnost lociranja* – što doprinosi preplavljujućem efektu po subjektivnost. Žene redovno opisuju da ih boli celo telo, nema ni jednog dela ni aspekta telesnog doživljavanja koji nije preplavljen bolom.

„I onda kad krene, a sve vreme si u blagom grču jer znaš sad će novi, i samo kad krene, osećam da krene iz jajnika i to traje milisekundu da mogu da distanciram odakle je i samo odjednom fu! Čao! Do prstiju, sve me boli, peče me, koža me peče, kao struja da me drma. Toliko je neprijatno. Znaš ono kad te drmne upaljač pa te boli ruka cela, mene tako celo telo. I ne pušta. (...) Htela sam iz kože da iskočim.” (Sonja)

„A taj bol znači jeste menstrualni, znači osnova bola je menstrualna, ali to je toliko jako da više ti se i gubi da je to menstrualno. Imaš osećaj da te boli celo telo. Od glave do pete, znači celo telo te boli. Imaš osećaj da ti se celo telo raspada. Imaš osećaj da se ceo raspadaš. Ja sam bukvalno obamrla. ... Ja sam zatvorila oči, ovako nagnula glavu pozadi, bila sam sva mokra od znoja i više ih nisam ni gledala. I samo sam ovako ležala i ječala aaaaa.” (Saška)

Zašto se averzivna senzacija doživljava tako ugrožavajuće i kao da preplavljuje najintimniji prostor ženinog bića? Kod Saške je to veoma jasno izraženo u prelazu od „celo telo ti se raspada” na „ceo se raspadaš”. Kada Leder govori o disocijaciji u fenomenološkom polju koja nastaje kao reakcija na senzaciju bola, pri čemu se bolni deo tela pozicionira kao Drugo u odnosu i naspram otelovljenog subjekta, on ukazuje na to da ovakva disocijacija može da ima zaštitnu funkciju za subjekta (Leder, 1990: 77). Unutrašnji averzivni činilac se pozicionira kao nešto spoljašnje i time postaje manje ugrožavajući. Kada je unutrašnji napad tako obuhvatan da preplavljuje čitavo telo, i time čitav fenomenološki prostor, ovakva zaštitna reakcija kao da više nije moguća i upravo to izaziva doživljaj preplavljenosti. Kakva *mogućnost za reagovanje* je ženama ostavljena u ovakvoj situaciji?

Kao najčešći indikator gubitka kontrole i nemogućnosti da se ovlada situacijom i da se bol podnese javlja se vrištanje.

„I ja sam vrištala. Trebalo je... bilo je da nisam mogla u sebi da... Pri tom ja sam mislila nema šanse, ja ako budem imala kontrakcije nema šanse ja da vrištim.” (Anđela)

„I dali su mi. I onda kreće intenzivno da boli i tipa mislim ja sam još tri kontrakcije izdržala da to šištim i to moje šššš ko što sam naučila na pripremama. I tu me... prag mog bola i čao, već me je prešlo. I od tog momenta pa na dalje ja vrištim na sav glas i vrištim do kraja.(...) Zato što nemam... osećam se apsolutno bespomoćno, nemam drugi vid komunikacije, ni sa kim. Niko me tu ništa ne šljivi. I prosto eto iz bilo kakvog drugog... ne znam šta drugo mogu da uradim, osim da pokažem koliko me boli. Ne čak ni da bih komunicirala, koliko da bih ne znam, zanemarila da me boli. Prosto primalni krik, nikad u životu se tako nisam drala. Znači uvek kad me nešto boli logičnije mi je da ćutim.” (Sonja)

Vrištanje je krajnji izraz bespomoćnosti i preplavljenosti i to se veoma dobro vidi iz Sonjinog narativa. Deluje da je to jedino što je ovoj sagovornici preostalo i vrištanje kao da igra dvostruku ulogu – sa jedne strane je ekspresija telesne patnje, a sa druge, jedini način komuniciranja koji je dostupan. Slomljeni subjekt

je regresirao na preverbalni nivo. Kako Elen Skeri to opisuje: „Fizički bol ne samo da se opire jeziku, već ga i aktivno razara, donoseći neposredan povratak na stanje koje je prethodilo jeziku, na zvukove i krike koje ljudsko biće proizvodi pre nego što nauči jezik (Scarry, 1985: 4).”

Reakcije žena nakon davanja indukcije često odslikavaju njihovu nemogućnost da održe minimalni integritet selfa, psihološkog ja, i da sačuvaju neki deo fenomenološkog prostora koji ne bi bio ispunjen bolom. To tada čak nije ni telo koje boli, ili neki njegov bolan deo. Postoji samo bol. Preplavljujući, sveprisutni bol koji ne prestaje i ne ostavlja prostora ni za šta drugo. U tom slučaju javljaju se samo bacanje ili ječanje i urlici, neartikulisane automatske reakcije slomljenog i preplavljenog subjekta.

„I onda su me prikačili na indukciju. Od tog trenutka ja sam mislila da ću da se raspadnem. Znači to misliš kao da ti utroba puca, to ja stvarno ne mogu da objasnim taj bol, to je desetostruko jači bol od onih kontrakcija koje sam podnosila. Bile su strašne, ali sam ih podnosila. I ja sam počela da se prevrćem... Mene suprug pita ‘jesi plakala?’. Ma gde da plačeš, kakvo crno plakanje. Ja sam počela da se prevrćem na onom krevetu. A ja... to je katastrofa kojim je to tempom, ja sam mislila da ću umreti. ... Ja sam bila izbezumljena, znači bukvalno izbezumljena... kontrakcije su tad bile nema pauze, to je bilo bukvalno da nema pauze. To je bilo samo bol, bol, bol, i samo bol. Pauze tipa nekoliko sekundi i kreće novo i samo bol i samo jače, jače, jače, jače. I to je katastrofa, ja sam mislila gotovo, meni će stomak da pukne. Beba će na pupak da mi izađe. Ja sam takav osećaj imala...” (Maja)

Subjekt je sveden na telo koje bol muči i upravlja njime izazivajući ništa više do skoro reflesnih reakcija. Bez obzira na to što je izraz nemoći, plač ipak podrazumeva održanje minimalne distance u odnosu na stimulus koji nas ugrožava na neki način. Krajnji indikator ugroženosti je to što ova sagovornica čak ne može ni da plače. I plakanje je odnošenje prema nečemu što nas ugrožava, jedan način *reagovanja selfa*, ma koliko slab taj self bio. Citat iznad svedoči o potpunoj preplavljenosti, selfu koji nema čak ni to malo prostora. Bol prosto baca ženino telo po krevetu. Preplavljujući bol na porođaju, koji žena doživljava kao ekstremno ugrožavajući, posledica je nemogućnosti da se *održi adekvatna distanca između otelovljenog selfa i tela*, odnosno da subjekt sačuva neki minimum integriteta pred unutrašnjim napadom.

Kako bismo još bolje razumeli u kakvo stanje žena biva dovedena na porođaju, razmotrićemo još jednu medicinsku praksu, pored administriranja hormona za pojačavanje kontrakcija, koja doprinosi ugrožavanju integriteta subjektivnosti žene – davanje sedativa (po pravilu nekog od benzodiazepina poput bensedina). Iskustvo žene tada postaje podeljeno u dve jasno diferencirane faze – intenzivni bolovi se smenjuju sa padanjem u san i time kontrast postaje još veći, a nadolazak bolova nepredvidljiviji. Ženama je tada još teže da anticipiraju i prate šta se sa njima dešava i sedativ im otežava da održe i ono integriteta i fokusiranosti na porođaj što im je preostalo.

„Uglavnom do tog trenutka bila sam i svesna i okoline i mogla sam da pratim, ono zaboli me i strpim se i prođe. E tad su već počele da sam ja postala skroz nesvesna okoline, ne znam ni ko je tu, ni šta je tu. Ništa tu vežbe disanja... to kad su mi krenule te bolne kontrakcije, mene su cimale te kontrakcije koliko je to trajalo i ja u tom trenutku kada prođu te kontrakcije ja kao da bukvalno zaspim, uopšte ja ne mogu da razmišljam, e na sledeću ću krenuti da dišem. Ne mogu da se pripremim na sledeću, ja bukvalno mi se čini da sam ja spavala. Ja ne mogu da verujem je l' ja zaspim, padnem u nesvest, šta se desilo? I onda mi svom snagom naleti i onda sam ja budna i ono čekam opet da prođu, grčim se i opet kreću.” (Anđela)

Poseban problem predstavlja činjenica da ova sagovornica čak i ne shvata da je dobila sedativ, pa se iznenada nalazi u situaciji u kojoj i ne razume šta se dešava sa njom. Naravno, svaka mogućnost da anticipira nadolazak naredne kontrakcije i da se pripremi za nju je ukinuta.

„I onda je doktorica rekla babici, sad može. I dali su mi. I babica mi je rekla ‘to ti je nešto da ti opusti mišiće, popustiće ti i bol dosta’. I odmah mi je posle toga naišla nova kontrakcija i ja sam se regularno izdrala i ona je rekla, ‘pa dobro, malo ćeš da sačekaš, malo daj da radi’. I uradilo me do te mere da me ošamutilo do iznemoglosti, da sam sada između dve kontrakcije zapravo spavala, a da te zapravo probudi toliki bol, baš onako strašno. I nastavilo je isto da me boli, samo mi se nenormalno spava između. Mislim da je bio bensedin. Jer taj neki rad, radio me na smrt. Mislim da sam... pa zapravo sam spavala. Spavaš i onda se dereš i onda spavaš i onda se dereš i tako...” (Sonja)

Deluje da ženama čija je subjektivnost već ugrožena davanje sedativa samo povećava disocijaciju. Intenzivan bol im dolazi kao još veći šok nego ranije, jer je to jedini način na koji im se pojavljuju i svet i sopstveno telo – u trenucima u kojima su svesne, svesne su samo preplavljujućeg bola, i nemaju ni najmanju mogućnost da ga očekuju ili da se pripreme na njega. Ako bismo želeli da nekako shematizujemo situaciju u kojoj se žene kao subjekti nalaze u tom trenutku, ona bi mogla da se svede na smenjivanje isključujućih pozicija – odsutni subjekt, pa preplavljeni subjekt, pa odsutni subjekt itd.

Naravno, ne prolaze sve žene kroz ovako dramatično iskustvo, ali jedan broj njih prolazi. I to jeste indikativno za način na koji je žena kao subjekt tretirana, ili bolje je reći ugrožavana i zanemarivana u lokalnim okolnostima medicinske prakse. Ovakav tretman ima još važnu posledicu i to po ishod porođaja, ali i očekivanja i postupanje samih lekara čemu će biti posvećen završni deo teksta.

Faza napona: prilika za ženu da bude agent?

Dominantan medicinski model porođaja koji se reprodukuje kako u diskursu, kroz medicinsko znanje zapisano u udžbenicima i knjigama, tako i u medicinskoj praksi i u uverenjima lekara, dodeljuje ženi kao agentu marginalnu

ulogu na porođaju. Možda je pogrešno ovu ulogu nazvati marginalnom, jer se u medicinskoj praksi ispostavlja da je ona izuzetno bitna, ali je vezana za veoma kratak završni period na porođaju – fazu napinjanja – kada se od žene očekuje da gura i pomogne refleksnoj fiziološkoj reakciji tela⁸ kako bi beba u što kraćem vremenu izašla napolje. Pitanje je zašto žene često ne uspevaju da se napinju tj. da budu agenti u jedinjoj situaciji tokom porođaja u kojoj im je u medicinskom kontekstu ostavljeno mesto za to? Problem leži u tome što je često u lokalnim institucionalnim okolnostima porođaja, dok dođe do faze napinjanja, subjektivnost žene prošla kroz takvu transformaciju – ili pre možemo reći da je u tolikoj meri ugrožena – da je očekivanje nekog aktivnog učešća žene sasvim neutemeljeno.

„I onda tu već mi se i zamaglilo, ja sam stvarno ono kad kaže nisam više bila pri svesti, znam da su oni dolazili, da su me terali okreni se ovako, okreni se onako, raširi ovo, ajde ovo, ajde ono. I onda je on rekao, ‘pa ajde, napni se!’ A boli sve, ubija, ne znaš više gde se nalaziš. (...) I onda mi viču ‘Saška, napinji se!’. Ali ja ne osećam napone⁹. Da, ovo je najgore. Tad si stvarno... nisi baš pri potpunoj svesti, da li od straha, da li od bola, da li od umora, da li od svega. I onda ne znam više ni šta radim ni kako... Ja pokušam jednom, a nemam snage. Ajde opet, ma ništa, ništa. I tako ja kao pokušavala, pokušavala... Ja sam tu stvarno već bila potpuno obamrla i znam da su oni vikali ‘napni se, napni se!’” (Saška)

Iako je podstaknuta i data joj je prilika da konačno nešto uradi, da učestvuje u svom porođaju, Saška se ne oseća kao agent. Ona sledi uputstva osoblja i doživljava ih kao spoljašnji zahtev¹⁰, sasvim u kontinuitetu sa svim ostalim čemu je bila podvrgnuta na porođaju. Pritom, sve vreme oseća frustriranost i bespomoćnost, jer na zahtev koji joj je upućen ne uspeva da odgovori. Ona se oseća kao da „nije pri svesti”, da „ne zna gde se nalazi”, da je „potpuno obamrla”. Ovo su sve indikatori ugroženosti subjekta, njegove dezorjentisanosti, odvojenosti od procesa porođaja.

„A: I tu je već da su oni ulazili, izlazili, ja apsolutno nikakvo lice nisam videla. Ja nijedan lik nisam videla, ništa.

-
- 8 Porođajni naponi su kontrakcije trbušne muskulature i dijafragme žene koji nastaju kao posledica pritiska prednjaćeg dela ploda na cervikalne ganglije koje se nalaze u grliću materice (Čutura, 2005).
- 9 Završna faza porođaja zapravo treba da za ženu bude najavljen doživljajem napona. Oni se doživljavaju veoma intenzivno, kao snažni udari i jak nagon za pražnjenjem. Deo problema leži u tome što uopšte nije retkost da žene kod kojih su indukovane ili značajno hemijski pojačane kontrakcije ne osećaju napone i da ih osoblje onda podstiče da se napinju bez obzira na to. One to opisuju kao da se napinju „na suvo” ili „na prazno” i ni najmanje nemaju doživljaj agensnosti kakav imaju žene kada guraju zajedno sa spontanom tendencijom tela.
- 10 Spoljašnji pre svega jer ona ne oseća nikakvu spontanu telesnu potrebu da se napinje i ne može da se osloni na svoje otelovljeno iskustvo. Kada žena oseća napone, pravi problem joj zapravo predstavlja uzdržavanje od napinjanja, koje medicinsko osoblje nekada zahteva kada se beba već spustila, a grlić nije potpuno otvoren: „moram da se napnem, ne mogu da izdržim, moram da se napnem da guram. I ja sam u stvari... meni je to bilo neizdrživo da se ja strpim da se ne napnem, jer sam ja ono... prirodan položaj tela, sve mi je govorilo napni (Nevena)”.

B: Je l' ti onda žmuriš dok se to dešava?

A: *Ne, ja sam i gledala. Ništa ti ne vidiš to oko sebe. Nema ih. Kao da sam u nesvesti. Tad i u tim trenucima sam ja bila ono... opet da kažeš zaspiš, ne znam ni ja. Tu su se oni skupljali... mislim bilo ih je sedam-osam uglavnom u toj prostorijici. I vikali su „napni se, napni se!”. Ja u trenutku porođaja... ja sam bila potpuno odsutna.” (Anđela)*

Anđelin doživljaj da je na kraju porođaja „bila potpuno odsutna”, iako to smatra najbitnijim delom porođaja u kome treba da odigra važnu ulogu, veoma dobro ilustruje posledice procesa desubjektivacije kroz koji žene često prolaze u lokalnim institucionalnim okolnostima u kojima su tretirane kao porođajna tela. Sledeći citat pokazuje još veći stepen disocijacije kod ove sagovornice, nemogućnosti orijentacije u situaciji i, kao što je očekivano, potpunu nemoć da odreaguje ili deluje na bilo koji način.

„I u tom trenutku oni kao ‘napni se, napni se!’ i prođe prvi, drugi. I ja znam da je babica sa priprema rekla iz dva-tri napona maksimalno ti moraš da se porodiš. I ja ono kao prvi put ništa, drugi put ništa i kao ajde sad, sad moraš. I ja se kao napnem, krenem da se napinjem, pa ajde sad uzmi vazduh pa da kreneš da se napinješ. Ja uzmem vazduh i krenem i opet zaspim i krenem i kako krenem i sanjam kako se nalazim u svojoj dnevnoj sobi i gledam seriju. Ja sam zaspala u sred napona. I oni „ajde, ajde, šta bi Anđela, pa ajde!”. Ja se onako budim, gledam i gde se nalazim i samo mi u glavi pa ti se porađaš... ali bukvalno. I e sad, pa ode sad, kao prođe napon, džaba sad da guraš. I kao trznem se i pokušavam da guram...” (Anđela)

Anđela, ni u bukvalnom smislu, ne uspeva da ostane prisutna i prisebna na svom porođaju (ovaj drugi izraz ima posebno odgovarajuću etimologiju), i to u fazi kad je njeno aktivno učešće potrebno i zahtevano. Ali, zahtev lekara upućen je osobi, nekom otelovljenom subjektu sa makar donekle očuvanim integritetom i doživljajem agensnosti, a naspram njih je često žena koja je preplavljena, čiji integritet je maksimalno ugrožen i koja je svedena na bolno telo kome se dešavaju stvari i sa kojim je postupano na načine koji su njoj samoj nedostupni i na koje ona ne može da utiče. A šta se dešava ukoliko žena, i njeno telo, ne uspeju da izguraju bebu napolje? Tada inicijativu preuzimaju i porođaj dovršavaju oni koji su zapravo i bili agenti sve vreme.

„U jednom trenutku više ne znaš šta te je snašlo. I uglavnom on je meni tu rekao još jednom i doktor kao ‘eee’. I onda kao taj poslednji put kao ‘ma nema ništa od toga’ i ja opet pomislim carski rez... I onda kao bukvalno krene tamo da psuje, da mrmlja ‘e svaki put se zalomi jedna u smeni, u dežurstvu, da mora forceps’. I sad oni pripremaju forceps. I ja sad znam da pripremaju forceps. Jer ja sam sve vreme razmišljala jaaj sad će da bude na carski i on kad je rekao forceps, pripremaj forceps, pri tom ja nemam snage da se plašim, totalna obamrlost.” (Anđela)

To što se lekari pojavljuju kao agenti na kraju porođaja umesto samih žena je prirodna posledica čitavog procesa oduzimanja agensnosti ženi i nametanja agensnosti lekara koji se odvija tokom porođaja. Najrazličitijim postupcima, od samog ulaska u porodilište, žena je pozicionirana kao spoljašnji posmatrač sopstvenog porođaja – ovaj proces je pretvoren u nešto što se odvija mimo njenog znanja i kontrole i čime upravlja medicinsko osoblje.

Zanimljivo je to da su na neki način i sami lekari, ako ne žrtve, onda bar nerefektovani akteri čitave situacije. Na osnovu njihovog ponašanja na kraju porođaja (što je dostupno iz intervjua za ženama), kao i na osnovu onoga što su mi u intervjuima govorili sami lekari, njima je veoma važno da žena „sarađuje” na kraju porođaja kada beba krene kroz porođajni kanal i da gura, da se napinje. I veoma su nezadovoljni što oni moraju da preuzmu aktivnu ulogu u tom trenutku, jer to nosi brojne medicinske rizike.

„E sad kasnije, kad treba svojom snagom, snagom volje i snagom svojih mišića da pomognu da se ta beba izgura, međutim, njih baš briga. Onda porođaj stane. One ne znaju i neće da napinju i leže kao na plaži. Bebi tu već nije dobro što znači da mora da se završi ovako ili onako. Pa je nama onako već kao žao da vučemo vakumom ili forcepsom, što bi u suštini trebalo, jer već se više svi toliko nerviramo oko toga pa ćemo to čini mi se više raditi, nego mi ono kao legnemo ženi na stomak i guramo svi i tako rizikujemo spad materice, da sve lepo iscuri. Prvo što je ružno da se tako gura, a onda i postoji mogućnost rupture materice ovoga onoga, što se nama nikad nije desilo. Ali naših 90% porođaja se završi tako što mi guramo jer žene neće da napreduju tj. neće da učestvuju u svom porođaju ništa.” (iz intervjua sa lekarkom)

Doktori ni najmanje ne shvataju da situacija kroz koju žene često prolaze u srpskim porodilištima onemogućava ili znatno otežava da one budu agenti na kraju porođaja – kada medicina jedino to predviđa – i da je njihov zahtev tada upućen nekom *imaginarnom, fiktivnom agentu*, jer se naspram njih, na stolu, nalazi jedna preplavljena i razorena žena-subjekt koja nema dovoljno integriteta da na taj zahtev reaguje. Dodatni problem leži u tome što to često ne shvataju ni same žene.

„Pa sam i zbog toga ja osećala zahvalnost neku iracionalnu prema doktoru, što je on uspeo da to sve uradi kako treba. Pošto ja sama ništa nisam ni uradila. Ni kontrakcije, i vodenjak mi je probušio i kontrakcije mi je iza zvao, i on je izvukao. Ništa tu prirodno nisam uradila, nije mi se desilo. I ono kao kažu nije ti bitan doktor, babica ti sve odradi. Pa mislim meni je sve doktor uradio, meni se ništa nije desilo samo otprilike. Čak ni ti naponi.” (Anđela)

Žene lekare ispravno vide kao (ponekad isključive) agente na porođaju, ali često ne prepoznaju njihovu ulogu u genezi čitave situacije. To što je od početka odnos nadležnosti i moći krajnje disproporcionalan odmoćava lekarima da preuzimu poziciju glavnih (ili jedinih) aktera na porođaju koji, kao posledica toga, za žene postaje otuđen.

Zaključak

Žena je tokom porođaja suočena sa donekle netransparentnim nizom telesnih događaja koje ne može sasvim dobro da anticipira i da kontroliše, ali i sa nizom medicinskih intervencija koje takođe ne može da anticipira i kontroliše. Pritom su te intervencije po pravilu usmerene na njeno telo i, utičući na njega na ženi nedostupan način, čine ga time dodatno nepredvidivim i netransparentnim za ženu i otuđenim od nje. Ugrožavanje žene kao subjekta ne odvija se samo kroz usmerenost medicinskog nadgledanja i intervenisanja isključivo na njene telesne procese, već i kroz čitav niz institucionalnih praksi i obrazaca odnošenja. Ovaj proces desubjektivacije i deindividualizacije započinje čim žena uđe u porodilište i nastavlja se tokom čitavog porođaja, ali i kasnijeg boravka u bolnici. On, sa jedne strane, prati proces objektivikovanja tela koje se porađa, a, sa druge strane, ovu objektivikaciju omogućava ili olakšava.

To što se u medicinskom kontekstu aktivnost žene vezuje samo za jedan kratki period na kraju porođaja za posledicu ima ne samo aktivno ignorisanje njene otelovljene subjektivnosti (jer se njen doživljaj porođaja smatra irelevantnim), već često i aktivno otežavanje i onemogućavanje ženi da očuva minimalni psihički integritet. Tokom celog porođaja, ovaj proces se „vodi” samo uz obraćanje pažnje na reagovanje tela. Postupci lekara su usmereni na pojačavanje ili ubrzavanje njegovih procesa kako bi se došlo do nekog željenog ishoda. Kakva posledice nosi ova situacija za ženu, ne samo kao fizičko telo, već kao otelovljenog subjekta koji se i van toga muči da održi ugroženu otelovljenost, za medicinsku praksu (makar u Srbiji) sasvim je irelevantno. U tome leži i odgovor na pitanje zašto žena često ne uspeva da bude agent u (možda jedinoj) situaciji u kojoj joj je u medicinskom kontekstu za to ostavljen prostor, čak se to od nje očekuje i traži.

Kroz analizu tretiranja porođaja u lokalnom institucionalnom okruženju, pokušala sam da pokažem da kartezijanski okvir na koji se savremena medicina oslanja vodi praktičnoj desubjektivaciji žena koje bivaju podvrgnute medicinskom nadgledanju i vođenju porođaja.

Literatura

- Akrich, Madeleine & Bernike Pasveer. 2004. Embodiment and Disembodiment in Childbirth Narratives. *Body and Society*, god. 10, br. 2–3: 63–84
- Chadwick, Rachele. 2006. Pathological wombs and raging hormones: psychology, reproduction and the female body, u: Shefer, T., Boonzaaier, F. & Kiguwa, P. (ur.). *The gender of psychology*. Cape Town: UCT Press
- Čutura, N. 2005. Porođajni faktori, u: Plećaš, D., B. Stanimirović, A. Stanković & M. Vasiljević (ur.) *Ginekologija i akušerstvo: Udžbenik za studente medicine*. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd
- Davis-Floyd, Robbie. 2001. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, god. 75, br. 1: S5-S23
- Duden, Barbara. 1993. *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Cambridge, MA: Harvard University Press

- Eatough, V. & Smith, J.A. 2008. Interpretative phenomenological analysis, u: C. Willig i W. Stainton Rogers (ur.). *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*. Sage, London
- Fuko, Mišel. 1997. *Nadzirati i kažnjavati: rođenje zatvora*. Prosveta, Beograd
- Halfon, Saul. 2010. Encountering Birth: Negotiating Expertise, Networks, and My STS Self, *Science as Culture*, god. 19, br. 1: 61–77
- King, Helen. 1998. *Hippocrates' Woman: Reading the Female Body in Ancient Greece*. London: Routledge.
- King, Helen. 2007. *Midwifery, Obstetrics and the Rise of Gynaecology: The Uses of Sixteenth-Century Compendium*. Aldershot: Ashgate Publishing
- Kukla, Rebecca. 2005. *Mass Hysteria: Medicine, Culture and Mothers' Bodies*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers
- Larkin, M., Watts, S. & Clifton, E. 2006. Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis, *Qualitative Research in Psychology*, br. 3: 102–20
- Leder, Drew. 1990. *The Absent Body*. University of Chicago Press, Chicago
- Leder, Drew. 1992. A Tale of two Bodies: The Cartesian Corpse and the Lived Body, u: Leder, Drew (ur.). *The Body in Medical Thought and Practice*. Kluwer Academic Publishers
- Merleau-Ponty, Maurice. 1990. *Fenomenologija percepcije*. Veselin Masleša – Svjetlost, Sarajevo
- Merlo-Ponti, Moris. 1975. Telo kao izraz i reč, u: Damjanović, M. (ur.). *Fenomenologija*. Nolit, Beograd
- Mladenović, D., Z. Mladenović-Bogdanović & A. Mladenović-Mihailović. 2008. *Ginekologija i akušerstvo*. Zavod za udžbenike, Beograd
- Momčilov, P. 2005. Normalni porođaj, u: Plećaš, D., B. Stanimirović, A. Stanković & M. Vasiljević (ur.) *Ginekologija i akušerstvo: Udžbenik za studente medicine*. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd
- Moscucci, Ornella. 1990. *The science of woman: Gynaecology and Gender in England 1800–1929*. Cambridge: Cambridge University Press
- Sartre, Žan-Pol. 1984. *Biće i ništavilo: Ogled iz fenomenološke ontologije (II)*. Izabrana dela, Nolit: Beograd.
- Scarry, Elaine. 1985. *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*. Oxford University Press, New York
- Shorter, Edward. 1991. *Women's Bodies: A Social History of Women's Encounter with Health, Ill-Health and Medicine*. New Jersey: Transaction Publishers
- Smith, J.A. 1995. Semi-structured interviewing and qualitative analysis, u: J.A. Smith, R. Harré i L. Van Langenhove (ur.). *Rethinking Methods in Psychology*. Sage, London
- Spencer, Herbert. 1927. *The History of British Midwifery from 1650 to 1800*. John Bale, Sons & Danielsson, London
- Thompson, Charis. 2005. *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. MIT Press, Cambridge, Massachusetts
- Turner, B. S. 1992. *Regulating bodies: essays in medical sociology*. Routledge, London.