

UNIVERZITET U BEOGRADU

FILOZOFSKI FAKULTET

Biljana D. Stanković

DISTRIBUIRANA SUBJEKTIVNOST U TRUDNOĆI: SELF,
TELO I MEDICINSKA TEHNOLOGIJA

doktorska disertacija

Beograd, 2014

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF PHILOSOPHY

Biljana D. Stanković

DISTRIBUTED SUBJECTIVITY IN PREGNANCY: SELF,
BODY AND MEDICAL TECHNOLOGY

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2014

Mentor:

dr Gordana Jovanović, redovni profesor
Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet

Članovi komisije:

dr Gordana Jovanović, redovni profesor
Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet

dr Aleksandar Baucal, redovni profesor
Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet

dr Ivana Spasić, redovni profesor
Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet

dr Nada Sekulić, vanredni profesor
Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet

dr Žarko Korać, docent (u penziji)
Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet

Disertacija je odbranjena dana _____ u Beogradu

Zahvalnost

Pre svega, zahvaljujem se ženama koje su učestvovalе u istraživanju i koje su bile spremne da ulože vreme i energiju kako bi velikodušno sa mnom podelile svoje iskustvo na iskren i otvoren način. U tim razgovorima sam uživala i oni su mi bili višestruko korisni. Takođe, zahvaljujem se malobrojnom medicinskom osoblju koje je pokazalo dobru volju i pronašlo vremena da razgovara sa mnom i dozvoli mi da posmatram njihove aktivnosti. Posebnu zahvalnost dugujem babici M. Đ. koja me je primila na časove priprema za porođaj i kroz razgovore podelila sa mnom svoje bogato iskustvo.

Iskrenu zahvalnost dugujem svojoj mentorki, profesorki Gordani Jovanović, koja se potrudila da stvori okruženje u kome mogu da mislim nesputano i bez obziranja na okvire koje nameće akademska psihologija, i koja me je iskreno i svesrdno ohrabivala i podržavala na ovom dugom putu. Takođe, veliku zahvalnost dugujem članovima komisije: profesorki Ivani Spasić – na korisnim komentarima koje je dala još u fazi osmišljavanja ovog rada i interesovanju koje je sve vreme pokazivala za njega; profesoru Saši Baucalu – na korisnim razgovorima i svemu što me je naučio pre nego što je ovaj rad i započeo; profesorki Nadi Sekulić – na tome što se pridružila komisiji kao neko ko se ovom temom bavi, možda iz nešto drugačijeg ugla, i time podržala interdisciplinarnu prirodu čitavog projekta; i posebno, profesoru Žarku Koraću – na velikoj podršci koju mi je pružio na početku mog profesionalnog i akademskog života.

Na kraju, duboku zahvalnost dugujem svom partneru Radetu zbog ogromne podrške, strpljenja, pomoći i ljubavi koje mi je nesebično pružio tokom rada na doktoratu. Ovu tezu posvećujem njemu.

DISTRIBUIRANA SUBJEKTIVNOST U TRUDNOĆI: SELF, TELO I MEDICINSKA TEHNOLOGIJA

Rezime

Predmet empirijske i teorijske analize u ovoj tezi predstavlja oblikovanje i promena 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. Cilj istraživanja bio je da se kroz analizu trudničkih i porođajnih narativa rekonstruišu transformacije doživljajne subjektivnosti žene tokom trudnoće i porođaja u lokalnom kontekstu koji sa sobom nosi niz, pre svega institucionalnih, specifičnosti.

Teza je započeta izlaganjem i kritičkim preispitivanjem reprezentacija i praksi koje su povezane sa tretiranjem trudnoće i porođaja u savremenom društvu, kao i rekonstrukcijom njihove istorijske geneze. Savremena situacija može se videti kao kulminacija istorijskog procesa stavljanja ženskog reproduktivnog zdravlja pod nadležnost medicine koje je započelo u moderni. Između ostalog, ovaj proces podrazumeva to da su trudnoća i porođaj posmatrani kao potencijalno rizični i patološki, pa su zbog toga tretirani od strane medicinskih stručnjaka uz oslanjanje na brojna tehnološka sredstva, i to u institucionalnom okruženju. To svakako nosi određene posledice po doživljajnog subjekta i ove posledice su u drugom, empirijskom, delu teze detaljno ispitane.

Na kraju uvodnog dela rad je pozicioniran unutar aktuelnih debata oko reproduktivnih pitanja. Specifičan vid ovog pozicioniranja, omogućen je oslanjanjem na jednu drugačiju teoriju kako subjekta, tako i tehnologije, koji se više ne posmatraju kao neke date, koherentne i dobro individuirane celine, već kao kompleksne konstelacije koje su lokalno situirane i koje se mogu samo empirijski opisati. Oslanjanje na ovu promenjenu perspektivu koja potiče iz studija nauke i tehnologije i savremenog feminizma, odnosno pre svega na teoriju aktera-mreže (ANT) kao njeno konceptualno-metodološko jezgro, u radu je

omogućilo stavljanje akcenta na materijalne aspekte društvenog okruženja i institucionalno-tehnološku praksu.

I pored svog potencijala ovog savremenog shvatanja, njemu nedostaju određeni resursi specifično podešeni za analizu subjektivnosti, kojoj se u ovom radu prilazi iz perspektive prvog lica, kao i njene telesne situiranosti. Zbog toga je uveden dodatni fenomenološki teorijski okvir koji omogućava diferenciranu konceptualnu rekonstrukciju otelovljenog iskustva subjekta. Pored toga, u ovom teorijskom delu rada izvršeno je i dodatno teorijsko situiranje unutar psihologije, kroz razmatranje dve relevantne oblasti koje se ovom temom bave – psihologije žena i zdravstvene psihologije.

Metodološko poglavlje sadrži reflektivni narativ same autorke o izvedenom empirijskom istraživanju. Osim detaljnog obrazlaganja svih relevantnih metodoloških odluka, u njemu se preispituje uloga istraživača u svim aspektima istraživanja – od izbora fenomena i formulisanja pitanja, do realizacije istraživanja. Osnovni empirijski materijal na kome je zasnovana kvalitativna analiza čini dvadeset pet polustrukturisanih intervjua, prosečnog trajanja od po dva sata, obavljenih sa trinaest sagovornica – prvi pri kraju trudnoće, a drugi nakon porođaja. Podaci o lokalnom institucionalnom okruženju i medicinskim praksama i tehnikama dopunjeni su sekundarnim materijalom: beleškama sa terenskog istraživanja koje je obavljeno u jednom beogradskom porodilištu, informacijama dobijenim iz razgovora sa malobrojnim lekarima koji su pristali na intervju i analizom medicinskih udžbenika. Osnovni metodološki okvir za tumačenje trudničkih i 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.

Druga polovina teze posvećena je izlaganju i komentaranju empirijskih nalaza. Ona je podeljena u dve veće celine – u prvoj detaljno je analizirano iskustvo trudnoće, a u drugoj iskustvo porođaja, uz navođenje relevantnih citata učesnica u istraživanju. Kroz diskusiju konkretnih iskustava pokazano je to da su posebno na početku trudnoće, ali i tokom nje, telesni doživljaji nejasni i višesmisleni i da se žene, po pravilu oslanjaju na različite medijatore – medicinska znanja, tehnološka sredstva (kao što su hormonski test ili ultrazvuk), kao i na iskustva drugih osoba – u pokušaju da ispravno protumače, odnosno

diskurzivno obrade svoje stanje, i da se praktično odnose prema njemu, odnosno da planiraju i izvode aktivnosti i organizuju svoje ponašanje.

Veoma često medicinske tehnike imaju značajnu ulogu u razrešenju neizvesnost i omogućavaju ženi i potrebno znanje i priliku da informisano bira svoje postupke, ali one ponekad vode i indukovanju ili produbljuivanju neizvesnosti. Dakle, tehnologija ima različite uloge tokom trudnoće i porođaja i vodi različitim ishodima za žene kao otelovljene subjekte. Postoje najmanje dva značajna faktora kojima je to određeno – odnos prema telesnom iskustvu i organizacija prakse u kojoj se tehnologija pojavljuje tj. konkretni način na koji je tehnologija institucionalno situirana. Oba aspekta detaljno su ispitana tokom analize narativa.

Značajan aspekt iskustva trudnoće, koji postavlja specifičan izazov pred subjektivnost žene, predstavlja činjenica da u njenom telu raste drugo biće koje vremenom postaje sve diferenciranije i autonomnije. Beba za trudnu ženu dobija sve određenije obrise i počinje da se doživljava kao nezavisno biće. I medicinska znanja/tehnologija i otelovljeno iskustvo žene igraju značajnu ulogu u individuiranju bebe i kroz analizu praćena je dinamika relativnog doprinosa i proces interakcije ova dva modaliteta iskustva. I nezavisno od ovog specifičnog aspekta otelovljenog iskustva koji se tiče prisustva bebe, ženino telo prolazi kroz velike i mnogobrojne transformacije tokom relativno kratkog perioda od nekoliko meseci. Analizirano je kako žena doživljava ove promene i kako se na njih prilagođava tokom svakodnevnog funkcionisanja.

Znanja i veštine koje je tokom meseci trudnoće stekla i odnos prema sopstvenom telu koji je izgradila omogućavaju ženi izvesna pozicioniranja i definišu njene potrebe i preferencije na samom porođaju. Ipak, stvarni ishodi u velikoj meri zavise od materijalnih i simboličkih karakteristika institucionalnog okruženja u kome se porođaj odvija, što je detaljno analizirano u delu teze posvećenom razmatranju porođajnih iskustava. Ukazano je na to kako konkretna konstelacija medicinske prakse, implicitne i eksplicitne norme, obrasci odnošenja, ali i materijalne karakteristike institucionalnog okruženja presudno određuju to kako će žena doživeti porođaj i svoju ulogu u njemu.

Žena je tokom porođaja suočena sa donekle netransparentnim nizom povremeno dramatičnih telesnih događaja koje ne može sasvim dobro da anticipira i da kontroliše, što samo po sebi predstavlja izazov za njenu otelovljenu subjektivnost. Činjenica da nema kontrolu, a često ni uvid, u tok medicinskih intervencija kome je podvrgnuta, ovu situaciju dodatno komplikuje. Detaljno je analizirano to kako se žena odnosi prema nizu telesnih i medicinskih događaja tokom porođaja, odnosno da li uspeva da prisvoji i bude akter tog procesa koji joj se dešava. Empirijski deo teze završen je razmatranjem mogućnosti za drugačije ishode po subjektivnost žene koji se, makar u izvesnoj meri, nalaze i u trenutnoj lokalnoj konstelaciji porođaja, i pored svih njenih nesavršenosti i nedostataka.

S obzirom na to da su poglavlja u kojima su diskutovani nalazi istraživanja bila fokusirana na različita *konkretna* pitanja i aspekte transformacije ženine subjektivnosti tokom trudnoće i porođaja, u zaključnom poglavlju ocrtane su neke *opštije* tendencije i ponovo razmatrana, ovaj put u svetlu empirijskih uvida, neka od pitanja koja su otvorena u teorijskim delovima rada. U opštim terminima ispitane su različite uloge tehnologije i njihov odnos prema otelovljenom iskustvu žene, koje tokom trudnoće i porođaja sa sobom nosi niz specifičnosti. Ukazano je na to da individualni subjekt ne mora da bude redukovan susretom sa tehnologijom, on kroz taj susret može tek da dobije specifične oblike iskustva i prilike za agensnost. Na kraju, istaknuto je da analiza trudničkog i porođajnog iskustva, koja ukazuje na distribuiranu, procesualnu i (tehnološki) posredovanu prirodu subjektivnosti uopšte, može da nam posluži kao značajan resurs za zasnivanje jedne adekvatnije psihološke teorije subjekta.

Ključne reči: subjektivnost, otelovljeno iskustvo, medicinska tehnologija, trudnoća, porođaj, fenomenologija, ANT, kvalitativna metodologija

DRUŠTVENO-HUMANISTIČKE NAUKE

PSIHOLOGIJA

UDK: 159.923:618.2(043.3)

DISTRIBUTED SUBJECTIVITY IN PREGNANCY: SELF, BODY AND MEDICAL TECHNOLOGY

Abstract

The subject of empirical and theoretical analysis in this thesis is the process of shaping and transformation of women's subjectivity during pregnancy and childbirth, especially considering the dramatic bodily changes that occur and considering the way in which medical knowledge, practices and techniques mediate this process. The aim of the study was to reconstruct the transformations of experiential subjectivity of women during pregnancy and childbirth, through analyzing pregnancy and birth narratives, in a local context which possess a number of (primarily institutional) specificities.

The thesis begins by discussing and critically examining the representations and practices associated with treating pregnancy and childbirth in contemporary society, as well as reconstructing their historical origins. The contemporary situation can be seen as the culmination of a historic process of putting women's reproductive health under the jurisdiction of medicine that began in modern period. Among other things, this process implies that pregnancy and childbirth were viewed as potentially risky and pathological, and were therefore treated by medical professionals relying on numerous technological means, in the institutional environment. This certainly entails certain consequences for the experiential subject and these consequences are examined in detail in the second, empirical, part of the thesis.

At the end of the introduction part, the thesis is positioned within the current debate about reproductive issues. A specific aspect of this positioning was enabled by relying on a different theory of both, the subject, and the technology, which are no longer considered as given, coherent and well individualised wholes, but as complex constellations that are locally situated and that can only be described empirically. Relying on this altered perspective that comes from the study of science and technology and modern feminism, or primarily on the actor-network theory (ANT) as its conceptual-

methodological core, permitted placing emphasis on the material aspects of the social environment and institutional and technological practice.

Despite all the potential of this modern understanding, it lacks certain resources specifically tuned for the analysis of subjectivity, which in this work is approached from the first person perspective, as well as being bodily situated. Therefore an additional phenomenological theoretical framework is introduced, that allows for differentiated conceptual reconstruction of the embodied experience of the subject. Further, in this theoretical part of the work, additional theoretical positioning of the thesis within psychology was carried on, through considering two relevant areas that deal with this subject - psychology of women and health psychology.

The methodology chapter contains a reflexive narrative, by the author herself, about the performed empirical research. In addition to a detailed description of all relevant methodological decisions, this chapter examines the role of the researcher in all aspects of the research – from choosing the phenomenon and formulating questions, to performing the research. The main empirical material on which the analysis is based consists of twenty-five semi-structured interviews with thirteen interviewees, first at the end of pregnancy, and second after childbirth. Data on the local institutional environment and medical practices and techniques are complemented with secondary material: notes from the field research that was conducted in one of the Belgrade maternity hospitals, information obtained from interviews with the few doctors who agreed to an interview and analysis of the medical textbooks. The basic framework for the interpretation of pregnancy and birth narratives was the interpretative phenomenological analysis that aims to achieve a detailed reconstruction of individual experience, but also to position it in both socio-cultural, as well as theoretical context.

The second half of the thesis is dedicated to the presentation and discussion of the empirical findings. It is divided into two major parts - the experience of pregnancy is analyzed in detail in the first part, and the experience of childbirth in the second, both including relevant citations of the participants in the study. Through the discussion of specific experiences, it is shown that (particularly at the beginning of pregnancy, but during it as well) bodily experiences are vague and ambiguous and that women generally rely on different mediators – medical

knowledge, technological means (such as pregnancy test or ultrasound) as well as the experiences of others – in an attempt to correctly interpret and discursively analyze their condition, and to practically orient themselves towards it, or in other words, to plan and conduct activities and organize their behavior.

Very often the medical techniques play an important role in resolving the uncertainty and allow women both the knowledge and opportunity to choose their actions in an informed way, but they sometimes lead to inducing or deepening that uncertainty. Thus, the technology has a variety of roles during pregnancy and childbirth, and leads to different outcomes for women as embodied subjects. There are at least two important factors that determine that – the relationship with the bodily experience and organization of practice in which the technology occurs, that is the specific manner it is institutionally situated. Both aspects are examined in detail during the analysis of narratives.

An important aspect of the experience of pregnancy, which sets a specific challenge to the subjectivity of women, is the fact that in her body grows another being that eventually becomes increasingly differentiated and autonomous. For a pregnant woman, the baby gets increasingly more specific and begins to be perceived as an independent being. Medical knowledge/technology and woman's embodied experience play significant roles in the individuation of the baby and the dynamics of the relative contribution of these two modalities of experience and the process of their interaction are followed through the analysis. Apart from this specific aspect of embodied experience concerning the presence of the baby, a woman's body undergoes significant and numerous transformations over a relatively short period of time. It was analyzed how women experience these changes and how they adapt to them in their daily functioning.

Knowledge and skills that a woman gained during pregnancy and the relationship she established towards her own body, enable her certain positioning and define her needs and preferences during childbirth. However, the actual outcomes largely depend on the material and symbolic characteristics of the institutional environment in which the birth takes place, which is analyzed in detail in the part of the thesis dedicated to the discussion of birth experiences. It was pointed out that the specific constellation of medical practice, implicit and explicit norms, relationship patterns, and material characteristics of the institutional environment crucially determine how a woman will experience the birth and her role in it.

A woman during childbirth is faced with a somewhat non-transparent series of occasionally dramatic bodily events that she cannot anticipate and control very well, which itself is a challenge for her embodied subjectivity. The fact that she does not control, and often has no insight into the course of medical interventions performed on her, makes this situation even more complicated. How a woman relates to a series of both bodily and medical events during birth, and whether she manages to appropriate and be an actor of the process that is happening to her, is analyzed in detail. The empirical part of the thesis is completed by considering the possibilities for different outcomes for women's subjectivity which are present, at least to some extent, in the current local constellation of the birth, in spite of all its imperfections and flaws.

The chapters in which the research findings were discussed focused on various *specific* issues and aspects of the transformation of the woman's subjectivity during pregnancy and childbirth. Therefore, in the concluding chapter, some more *general* tendencies are outlined and some of the questions that were opened in the theoretical parts of the work were discussed again, this time in the light of empirical insights. Different roles of technology and their relation to the embodied experience of women (which has a number of specific features during pregnancy and childbirth) were examined in general terms. It is pointed out that the individual subject does not have to be reduced through encounters with the technology – she could even get specific forms of experience and opportunities for agency through this encounter. At the end, it was suggested that the analysis of pregnancy and birth experience, which indicates distributed, processual and (technologically) mediated nature of subjectivity in general, can serve as an important resource for the establishment of a more adequate psychological theory of the subject.

Keywords: subjectivity, embodied experience, medical technology, pregnancy, birth, phenomenology, ANT, qualitative methodology

SOCIAL SCIENCES AND HUMANITIES

PSYCHOLOGY

UDC: 159.923:618.2(043.3)

Sadržaj

UVODNA RAZMATRANJA

<i>UVOD</i>	2
Istorijski promenljive reprezentacije i prakse povezane sa ženskim reproduktivnim telima	5
Okvir istraživanja.....	9
Specifikacija teme.....	10
Kratki pregled poglavlja	12
<i>TRETIRANJE TRUDNOĆE I POROĐAJA U SAVREMENOM ZAPADNOM DRUŠTVU</i>	14
Patologizacija i intervencionizam	15
Kritička analiza medicinskog pristupa trudnoći i porođaju	19
Alternativni model.....	25
Kritika kritike: izmenjen pristup odnosu subjektivnosti i tehnologije.....	28
Situiranost i distribuiranost subjekata i tehnologije	35
Pozicija ovog istraživanja.....	37

TEORIJSKO SITUIRANJE

<i>TRETIRANJE TRUDNOĆE I POROĐAJA U PSIHOLOGIJI</i>	41
Uvođenje žena u psihologiju	41
Istraživanje reproduktivnih stanja u <i>mejnstrim</i> psihologiji.....	43
Ka promeni paradigme: zdravstvena psihologija.....	44
<i>FENOMENOLOŠKI INTERPRETATIVNI OKVIR</i>	48
Telesna situiranost subjekta.....	48
Visceralno telo i njegovo nestajanje.....	51
Indirektni odnos prema visceralnom telu i uloga medicine.....	54
Raz-telovljeni subjekt	56
Nepatološki oblici raz-telovljenja: trudnička otelovljenost.....	63

REFLEKSIVNI PUT KROZ ISTRAŽIVANJE

OPŠTI METODOLOŠKI OKVIR.....	69
Refleksivna preispitivanja.....	72
Izbor istraživačkog fenomena.....	72
Pristup istraživačkom fenomenu: teškoće i lutanja.....	74
OSMIŠLJAVANJE I IZVOĐENJE ISTRAŽIVANJA.....	79
Pripremne aktivnosti i terensko istraživanje.....	79
Centralni deo istraživanja: intervjui sa sagovornicama	82
Učesnice u istraživanju	83
Vremenski raspored intervjua.....	89
Seting intervjua.....	91
Sadržaj intervjua.....	92
Refleksivni osvrt na intervjue	95
Analitički okvir.....	99
Analiza narativa.....	99
Interpretativna fenomenološka analiza.....	100
Koraci u analizi	102

ANALIZA I DISKUSIJA NALAZA ISTRAŽIVANJA

ŽENA KAO SUBJEKT TRUDNOĆE	109
Pojava trudnog tela za ženu	112
Neizvesni status trudnoće i uloga medicinske tehnologije	118
Uloge ultrazvuka u iskustvu trudnoće	123
Uloga ultrazvuka u indukovanju i razrešenju neizvesnosti tokom trudnoće.....	124
Uloga ultrazvuka u identifikovanju sa trudnoćom	133
Da li je UZ uopšte za ženu?: Uloga lekara kao posrednika između žene i tehnologije	139
Kakvo tehnološki posredovano iskustvo je značajno za ženu?.....	141
Situirana tehnologija: otuđujuća konstelacija ultrazvučnog pregleda.....	146
Otelovljeno iskustvo pokreta bebe	153
Individuacija bebe tokom trudnoće	162
Prepoznavanje obrasca aktivnosti i uspostavljanje interakcije sa bebom	167

Deljenje tela: dualitet i gubitak privatnog prostora.....	172
Ishodi procesa individuacije bebe.....	176
Telesni aspekti trudnoće: oglašavanje i tumačenje visceralnog tela.....	179
Telesni „simptomi“ trudnoće.....	182
Moje novo telo: otuđenost i identifikacija.....	188
Prilagođavanje tela i prilagođavanje na telo.....	194
ŽENA KAO SUBJEKT POROĐAJA.....	200
Pojava porođajnog tela za ženu	200
Uloga CTG-a (kardiotokografije)	213
Medicinsko tretiranje porođaja u lokalnim institucionalnim okolnostima.....	219
Medicinska reprezentacija porođaja.....	219
Desubjektivacija žena kroz institucionalne prakse: procesi birokratizacije, operacionalizacije i standardizacije	222
Psihički efekti: strah i osećaj izolovanosti.....	225
Prilagođenost okruženju, glavnim akterima porođaja – lekarima.....	227
Pozicioniranje žene i odnos prema njoj.....	232
Otuđeni odnos žene prema sopstvenom telu.....	239
Davanje indukcije: „prirodne“ vs. „veštačke“ kontrakcije.....	242
„Prirodne“ kontrakcije	243
„Veštačke“ kontrakcije	248
Disocijativno iskustvo: uticaj sedativa	255
Faza napona u otuđenom porođaju: prilika za ženu da bude agent?	258
Epiziotomija: hirurška „zaštita“ međice i postporođajno telo	267
Obezboljivanje u savremenom medicinskom kontekstu: uticaj epidurala.....	273
„Pripremljene trudnice“	280
Socio-materijalna mreža porođaja u instituciji: distribuirana agencnost.....	289
 ZAVRŠNA RAZMATRANJA	
Iskustvo tela tokom trudnoće i porođaja.....	295
Dvostruka predstava reproduktivnog tela	296
Hermeneutički izazov i uloga medicine.....	300

Narativni obrazac porođajnog iskustva: uloga medicinskog znanja	301
Agensnost i otelovljenost na porođaju: uloga medicinske tehnologije	304
Ultrazvučna tehnologija i privilegovana otelovljena pozicija žene	305
Šta određuje ulogu medicinske tehnologije?	311
Zaključak: distribuirana subjektivnost i uloga tehnologije	315
Literatura	320
Prilozi	337

Uvodna razmatranja

*„Science discovers and professionals control and mediate her womb as a public space. Her flash becomes the forum whose proceedings are of immediate interest to the state and society“
Barbara Duden (1993: 95)*

Uvod

Na trudnoću se često referira kao na „drugo stanje“ i ovaj izraz na adekvatan način opisuje specifičnost procesa kroz koji žena prolazi. Za kratko vreme, u toku samo devet meseci, dolazi do ogromnih promena u psihofizičkom funkcionisanju organizma žene. Istovremeno, iz psiho-socijalnog ugla gledano, trudnoća predstavlja značajni i kompleksni period tranzicije (Gross & Pattison, 2007). Porodaj se može videti kao dramatičan završetak ovog procesa transformacija. Izvor promena u trudnoći nije samo unutrašnji. Od kada žena zatrudni na nju počinje da se primenjuje čitav niz društvenih očekivanja i pravila, pod čijim uticajem ona menja svoj svakodnevni život na različite načine – navike ishrane, spavanja, aktivnosti, uzimanje lekova itd. To je posledica činjenice da trudnoća i porodaj nisu samo privatni događaji, razvojni stadijumi značajni za individualnog subjekta, niti samo fiziološki procesi koje je moguće objektivno posmatrati i na njemu intervenisati. Oni su ujedno kroz istoriju bili objekat najrazličitijih socio-kulturnih reprezentacija, praksi, normi i tabua (Duby & Perrot, 1992; Martin, 1992; McGrath, 2002). Nijedan drugi događaj u razvoju žene nije toliko bogat kulturnim stereotipima kao trudnoća i ti stereotipi su često bili glavni izvor diskriminacije žena (Leifer, 1980). Postojanje kontracepcije i legalizacija abortusa stavljaju trudnoću u jedinstven položaj u odnosu na sva druga (biološki uslovljena) razvojna stanja – ona postaje stvar izbora i određuju je brojne socio-kulturne i situacione okolnosti, čime dobija veliki politički potencijal (Philipp & Carr, 2001). Zbog toga su pitanja reprodukcije u različitim istorijskim okolnostima bila (i ostala) meta političke regulacije i državnih intervencija (Duby & Perrot, 1992; McLaren, 1999). U uvodnom poglavlju rada nastojaćemo da dodatno osvetlimo ove različite aspekte koji združeno konstituišu iskustvo trudnoće i porođaja savremenih žena.

Žena je u dvostrukoj i ambivalentnoj poziciji tokom trudnoće. Ona, sa jedne strane, prolazi kroz niz spontanih transformacija. U isto vreme žena je ta koja trudnoću održava, koja se o njoj stara, i to oslanjajući se na kulturno dostupne normativne okvire. I za sebe samu i za one koji je okružuju ona je izvor i mesto gde se trudnoća odvija. Žena je nosilac procesa koji je neprestano transformiše. Ona je i subjekt i objekt trudnoće i ovaj ambivalentni status implicira kompleksnu dinamiku. Suočena je sa dvostrukim nizom promena – onima koje se dešavaju u i na njenom telu i onima koje se dešavaju u njenom

okruženju kao posledica njenog promenjenog statusa – i to na različite načine i u različitoj meri oblikuje ženino iskustvo, odnos prema sebi i sopstvenom telu i praktično postupanje tokom svakodnevnog funkcionisanja.

Tokom trudnoće odvijaju se sveobuhvatne fiziološke, metaboličke, anatomske i biohemijske promene koje su posledica prilagođavanja tela žene na izmenjeno stanje. Mnoge od njih započinju odmah nakon oplodjenja i nastavljaju se tokom čitavog perioda, a organizam se vraća u pređašnje stanje tek nakon porođaja ili po prestanka dojenja. Kao posledica tih promena svi sistemi organa funkcionišu na povišenom nivou: raste ukupna količina krvi, pa srce radi ubrzano i povećava se pritisak u krvnim sudovima; rastu potrebe za kiseonikom, pa se ubrzava i produbljuje disanje; ukupna količina tečnosti u organizmu se povećava, pa sistem za izlučivanje funkcioniše pod većim opterećenjem; menja se funkcionisanje žlezda sa unutrašnjim lučenjem, pa nivoi pojedinih hormona rastu i do nekoliko desetina hiljada puta, dok se drugi skoro u potpunosti gube (Cunningham et al., 2010: 107-131). Prateće izmenjene potrebe organizma određuju drugačiji režim ishrane, sna, fizičke aktivnosti. Ipak, moguće je izdvojiti deo ženinog tela koji prolazi kroz najdramatičnije promene – matericu. To je jedini organ u ljudskom telu koji trpi ogromne transformacije u razvijenoj fazi, a da to ne podrazumeva patološko stanje. Kada žena nije trudna, materica je teška oko pedeset grama i dugačka nešto više od sedam centimetara. U trudnoći se njena veličina povećava hiljadu puta i postaje teška oko kilograma (ne računajući fetus, posteljicu i plodovu tečnost), a samo šest nedelja nakon porođaja vraća se u svoje prvobitno stanje (ibid: 107). Materica raste kao posledica lučenja ogromnih količina estrogena, ali ovaj hormon izaziva i jednu dodatnu neželjenu posledicu – grčenje mišićnih ćelija materice što za posledicu može da ima prerano izbacivanje fetusa. Zato je neophodan još jedan hormon, progesteron, koji umanjuje kontrakcije glatke muskulature. „Tokom čitavog devetomesečnog perioda razvoja bebe, estrogen i progesteron dinamično pregovaraju (Endžier, 2010: 115).“ *Porođaj* takođe donosi dramatične telesne promene, pre svega hormonalne i fiziološke. Zapčinju kontrakcije glatke muskulature materice kao posledica lučenja hormona oksitocina i prostagladina, što dovodi do širenja i skraćivanja grlića čije omekšavanje je započelo još nekoliko nedelja ranije. Kontrakcije uzrokuju i promenu oblika same materice koja vrši pritisak na fetus i olakšava mu spuštanje kroz

porođajni kanal. Estrogen i progesteron su i tokom porođaja u dinamičnoj interakciji, a povišeno se luče i neki drugi hormoni, poput relaksina koji opušta karlične ligamente i olakšava dilataciju. Pritisak glavice fetusa na cervikalnu gangliju na kraju porođaja izaziva snažno grčenje poprečno-prugaste muskulature u trbušnom zidu majke koja omogućava njegovo izbacivanje (Cunningham et al., 2010:136-156).

Na osnovu ovakve reprezentacije trudnoće i porođaja deluje da je *telo* žene ono koje je nosilac ovih procesa. Trudno telo je poput neke skrivene *laboratorije* ili *fabrike* u kojoj se odvija prirodna reprodukcija. Ovo je jedan poseban vid reprezentacije koji je istorijski relativno nov, a obe metafore u prethodnoj rečenici namerno su izabrane jer dobro odslikavaju vrstu transformacije – *naučnu* i *tehnološku* – kroz koju su trudnoća i porođaj prošli i koji su omogućili njihovo izjednačavanje sa biološkim procesom razvoja fetusa. To svakako nosi određene posledice po doživljajnog subjekta i ove posledice će u radu biti detaljno ispitane.

Trudnoća i porođaj kao procesi i žena kao subjekat/objekat ovih procesa na izrazito različite načine figuriraju u brojnim danas prisutnim diskursima – medicinskom, feminističkom, religijskom, psihološkom, psihoanalitičkom itd. To stvara situaciju nesamerljivih konstrukcija koje koegzistiraju u jednom dinamičnom prostoru savremene kulture, dok njihovi, manje ili više bučni i razgovetni, glasovi oblikuju svakodnevnu praksu, odnošenje i funkcionisanje i konstituišu konkretno žensko iskustvo. Iskustvo trudnoće i porođaja svakako ne čini neposredna recepcija nekog niza objektivnih promena koje se ženi dešavaju. Ono je konstituisano čitavim sistemom kulturnih verovanja i praksi povezanih sa idejom žene, majke, trudnice, koje svoje poreklo imaju u raznolikom nizu društvenih institucija u nekom istorijskom trenutku. Kako Adrijen Rič kaže: „Čim sazna da dete raste u njenoj utrobi, žena potpada pod vlast teorija, ideala, arhetipova, opisa svog novog stanja, od kojih skoro nijedan ne potiče od drugih žena (iako ih druge žene možda prenose) i koji su nevidljivo lebdeli oko nje od kada je prvi put počela sebe da opaža kao ženu, i samim tim potencijalno majku“ (Rich, 1986: 61-62). Ženino iskustvo je omogućeno i ograničeno određenim reprezentacijama trudnoće i porođaja sa kojima se ona susreće „u brošurama iz lekarske čekaonice, romanima koje čita, stavovima svoje svekrve, sećanjima na sopstvenu majku, Sikstinsku Madonu ili Mikelandelovu Pietu (...)“ (ibid: 39).

Neke od ovih reprezentacija, posebno one relevantne za žene koje žive u *savremenom* zapadnom svetu, biće ispitane u ovom tekstu. Ipak, posebno u teorijskim razmatranjima izloženim u uvodnim delovima rada, često ću se oslanjati na *istorijsku* perspektivu. To obrazlažem činjenicom da je fenomen kojim se bavim kulturno-istorijski konstituisan i da se ne može adekvatno razumeti bez rekonstrukcije koja podrazumeva ukazivanje na njegovu sociogenezu i istorijske korene¹. Sa jedne strane, neproblematična je i samoočigledna tvrdnja da su se oblici reprezentacije i načini tretiranja (ženskih reproduktivnih) tela menjali kroz istoriju. Sa druge strane, manje je samoočigledna tvrdnja da to važi i za naš intimni doživljaj sopstvene telesnosti (Kuriyama, 1999; Duden, 1991; Kukla, 2005; Porter, 2003). Verujem da ćemo bez makar površnog znanja o istorijskoj genezi teško moći da se distanciramo od dominantnih i veoma dobro poznatih reprezentacija tela u savremenom dobu, a pitanje je i koliko ćemo dobro razumeti sva značenja povezana sa savremenim predstavama bez ikakvog znanja o njihovoj etiologiji. Još teže ćemo biti u stanju da se distanciramo od neposrednog doživljaja sopstvene telesnosti koji nam se nudi kao neizbežan normativni ideal.

Istorijski promenljive reprezentacije i prakse povezane sa ženskim reproduktivnim telima

Već stotinama godina širom sveta određeni kulturni stavovi i prakse okružuju trudnoću i porođaj. „Nigde se trudna žena ne uzima zdravo za gotovo“, a asocijacije koje su povezane s njom i regulativne prakse koje su na nju usmerene „kulminiraju na samom porođaju“ (Rich, 1986: 162). Kulturna regulacija ženskih reproduktivnih stanja, naročito porođaja, posebno je značajna zbog društvene funkcije inicijacije „novih članova društva koji će osigurati budućnost tog društva“ (Davis-Floyd, 1994: 1125). Trudnoća i rađanje povezani su sa najznačajnijom prelaznom fazom, ulazak u život, ali i za smrt koja u prošlosti nije bila retka kao ishod ovih događaja koji su zbog toga bili okruženi najstrožim tabuima

¹ Interpretacija istorije ima posledice po to kako ćemo razumevati savremenu situaciju i kako ćemo postavljati etička i politička pitanja i odgovarati na njih. Kako Fuko kaže: „Moramo da znamo istorijske uslove koji stoje u osnovi naše konceptualizacije. Potrebna nam je istorijska svest o našim trenutnim okolnostima.“ (Foucault, 2000: 327).“

(de Bovoar, 1982: 200). Način na koji će žene tokom ove faze svog života biti tretirane presudno zavisi od specifičnih reprezentacija njihovih reproduktivnih tela.

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). Hipokrit je smatrao da je koža žena sunderasta i propustljiva, zbog čega su one mnogo podložnije svim spoljnim uticajima (King, 1998). Takođe, Platon i Hipokrit su započeli veoma dugu tradiciju razumevanja materice kao autonomnog organa koji ima svoje strasti i stremljenja. Ne samo da je bila sposobna za širenje i kontrakovanje, već je imala sposobnost da luta po telu i tako izaziva različite bolesti i smetnje (Platon, 1995: 164-165). Sve do 17. veka materica je bila predstavljena kao misteriozna, iracionalna sila koja je nepredvidiva i opasna. Ona je zamišljena kao fascinantn organ, sposoban da stvara život i da ga održava, ali, zbog svoje nepredvidljivosti i propusne i promenljive prirode, isto tako da deformiše i ugrožava život koji se u njoj nalazi. Zbog toga se od najdavnijeg perioda materica, a sa njom i (trudna) žena, posmatrala kao nešto što je potrebno nadgledati i čuvati od štetnih uticaja. Sve je moglo da predstavlja potencijalnu opasnost za plod – ono što trudna žena jede, pije, udiše, ono o čemu misli, sanja, za čim žudi (Kukla, 2005). I van zapadne tradicije verovalo se se da je žena tokom trudnoće i porođaja posebno ranjiva i podložna negativnim uticajima i okultnim silama, pa su prakse izolacije žena i rituali čišćena bili prisutni u mnogim kulturama širom sveta. (Rich, 1986: 163).

Sve do 18. veka smatralo se da je unutrašnjost ženskog tela fluidan prostor u kome se organi kreću i u kome telesne tečnosti – mleko, krv, gnoj – mogu da se pretvaraju jedan u drugi i da izlaze iz bilo kog otvora na telu (Duden, 1991). Pored toga, na trudno telo se gledalo kao na „drvo koje daje plodove“ i tek od druge polovine 18. veka ono je počelo da se interpretira kao „mašina koja reprodukuje vrstu“ (Shaw, 2012: 110). Uobičajeno se smatra da je u tom periodu došlo do suštinske transformacije u tome kako su žene reprezentovane i tretirane s obzirom na svoja reproduktivna stanja, pre svega trudnoću i porođaj (Kukla, 2005; 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.

Pojava hegemonog naučnog modela, sa jedne strane, dovela je do suštinske promene na nivou jezika i verbalne reprezentacije tela – veliki broj lokalnih naziva za delove tela i telesne procese je nestao i bio je zamenjen medicinskom terminologijom (Duden, 1991). Sa druge strane, istraživanja istoričara medicine pokazuju da su sve do kraja 17. veka postojali, i to u priličnoj meri ravnopravno, iscelitelji različitih vrsta. Školovani lekari nudili su svoje usluge pored berberina (koji su puštali krv), babica, kostolomaca, travara, gatara itd. (Pelling & Webster, 1979). Naizgled, sve ove grupe su se starale o istom objektu – telu bolesnika, ali s obzirom da taj objekat još uvek nije bio definisan na monopolistički način, od strane jedne discipline, za njegovo staranje su bile potrebne različite struke. „Realna i simbolička raznolikost tela imala je pandan u raznolikosti društvenog tela iscelitelja (Duden, 1991: 26).“ Tek pojava nove predstave „realnog“ tela koju je dala moderna nauka omogućila je monopol medicini nad svim onim što se tog tela tiče.

Činjenica je da kada danas referiramo na (trudno) *telo*, pod tim mislimo na materijalno telo, na objekat koji ima određeni oblik, zauzima određeni prostor i ima unutrašnjost ispunjenu organima koji funkcionišu po prirodnim zakonima. Dakle, na telo koje su od 18. veka „otkrivale“, odnosno konstituisale, biologija i medicina (Fuko, 2009). Telo nije oduvek bilo prosto objekat. Fuko analizira epistemološki zaokret u medicini, gde je znanje o bolesti na osnovu izveštaja pacijenta zamenjeno analizom tkiva i organa – i to posthumnom analizom – što znači da je tokom nje pacijentova subjektivnost na najradikalniji način odsutna. „Moć anatomske-patološke modela, onog koji se pojavio u pariskim bolnicama u kasnom osamnaestom veku, leži u njegovoj sposobnosti da ukloni individualne razlike, kako afektivne tako i materijalne, kako bi predočio esenciju zdravlja ili bolesti u tkivima organa. Autopsija je, umesto intervjuja, postala momenat istine.“ (Laquer, 1990: 188). Nastanak bolnice sa objektivnim praksama i tehnikama ispitivanja pretvara

iskustvo pacijenata u privatnu stvar (Mol & Law, 2004)². Ono što suštinski odlikuje specifično modernu transformaciju kako tela tako i subjektivnog iskustva jeste ovaj komplementarni proces naturalizacije i privatizacije koji je u potpunosti odredio i situaciju na polju ženskog reproduktivnog iskustva.

Od početka modernog doba trudnoća i porođaj su konstituisani kao isključivo telesni, a time i prirodni, procesi koji se mogu ne samo objektivno opisati aparatom prirodnih nauka, već i tehnološki regulisati. Time se subjektivni, doživljajni, aspekt ovih procesa, kao i psiho-socijalna transformacija kroz koju žena prolazi, izmešta i prebacuje u sferu privatnog³. Ovaj proces privatizacije i psihologizacije nije, naravno, ograničen na oblast reproduktivnog iskustva, već se javlja i u mnogim drugim sferama života. „Moderno doba je (...) na dnevni red stavilo temeljni preobražaj celokupne ekonomije života (Jovanović, 1997: 53).“ Proces individualizacije i pounutrenja vodio je konstituisanju različitih iskustava koje u savremeno doba prepoznajemo kao suštinske odlike ljudske psihologije – npr. romantične ljubavi (ibid: 39-64) ili tugovanja nakon smrti bližnjih (Arijes, 1989)⁴ – što je istovremeno bilo suštinsko za genezu modernog subjekta koji je postao isključivi nosilac sopstvenih aktivnosti i stanja.

Sklon sam da kao jednu od posledica ovog specifično modernog vida socio-kulturne regulacije, koji trudnoću i porođaj povlači iz sfere javnog i pretvara ih u privatno i psihičko iskustvo, vidim javljanje i proliferaciju diskursa o *ličnom iskustvu* trudnoće i porođaja. To se posebno odnosi na novije doba i pojavu mnogobrojnih sajtova, foruma, blogova, gde hiljade

² Od tada postojali su razni pokušaji da se iznova integriše ljudsko iskustvo u medicinu (Arney & Bergen, 1984). Ipak, ovaj postupak dodavanja i integracije ostavlja dva vida znanja netaknutim – objektivno, javno, naučno znanje tela spolja i subjektivno, privatno i lično znanje tela iznutra.

³ Brojna istraživanja ukazuju na ovaj raskol i dvostrukost, mada oni često nisu prepoznati kao specifična posledica moderne transformacije niti je reflektovano o njihovoj komplementarnosti. Autorke koje su analizirale diskurse o trudnoći i porođaju identifikovale su tenziju u zapadnim društvima između dva modela ovih procesa: sa jedne strane se naglašava njihova biološka priroda i potreba za medicinskim nadgledanjem i regulisanjem, a sa druge njihov psihološki značaj za žene, njihove identitete i odnose sa drugima (Woollett & Marshall, 1997). Oba modela reprodukuju se i u iskustvu žena. One se često oslanjaju na medicinske koncepte rizika i sigurnosti kako bi argumentovale odluku da koriste tehnologiju za praćenje trudnoće i porođaja, ali takođe žele da dožive svoju trudnoću i porođaj kao prirodne i emocionalno ispunjujuće (Martin, 1992).

⁴ Praksa potiskivanja javnog iskazivanja bola i obaveza da se za pokojnikom žali u samoći dovela je do privatizacije osećanja izazvanih gubitkom. Na taj način umiranje je transformisano iz javnog u intimni porodični čin (ibid).

anonimnih žena narativizuje i osmišljava svoje trudničko i porođajno iskustvo i deli ga sa drugima⁵. Ovim je stvorena komplementarna sfera onoj isključivo telesnoj i medicinski regulisanoj.

Okvir istraživanja

Za pozicioniranje ovog istraživanja relevantno je to da, iako je diskurs *ličnog iskustva* tako prisutan u javnoj sferi, ne može se reći da se ova tendencija u dovoljnoj meri reflektuje u akademskim istraživanjima, posebno ne u psihologiji, gde bismo to najpre očekivali. Pre tačno trideset godina, Iris Marion Jang zaključila je da za većinu oblasti i stručnjaka koji se bave trudnoćom, to stanje tokom kog se razvija fetus, objektivni proces koji je dostupan naučnom posmatranju. Tako tretirana, "trudnoća ne pripada ženi" (Young, 2005: 46), koja je redukovana na prirodno okruženje u kome se odvija prenatalni razvoj. Analiza tada dostupne literature pokazala joj je da se trudnoća skoro nikada ne pojavljuje kao proces koji se "tiče subjekta, majke kao središta sopstvenih postupaka" (Kristeva, 1990: 441).

Situacija je od tada značajno promenjena. Poslednjih nekoliko decenije raste broj akademskih referenci koje su posvećene trudnoći i porođaju u različitim oblastima društvenih i humanističkih nauka – antropologiji, sociologiji, studijama nauke i tehnike, istoriji, studijama kulture, čak i psihologiji. I pored toga što je govor o trudnoći i porođaju u akademskim okvirima postao prisutniji, ima nekih aspekata koji i dalje bivaju sistematski izostavljeni. Analiza istraživanja i pisanja o ovoj temi pokazuje da je tek nekoliko studija fokusirano na subjektivnost žene (Chadwick, 2009). Veoma retko su ova iskustva artikulisana polazeći od *telesnih* doživljavanja i subjektivne perspektive žene koja je trudna ili se porađa. Posebno je za psihologiju karakteritično da ignoriše i izostavlja konkretno subjektivno iskustvo (Nicolson, 2010), naročito ono koje se tiče telesnih stanja.

⁵ Fuko je kao jednu od najznačajnijih tehnologija selfa isticao verbalizaciju sopstvenih unutrašnjih stanja koja omogućava osobi da postane sopstveni hermeneutičar (Foucault, 1988). Hermeneutika selfa, interpretativna analiza sebe koju same osobe vrše (za sebe i za druge), počinje sa transformacijom antičkog imperativa „spoznaj samog sebe“ u hrišćanski imperativ „ispovedi svoje misli“ (Foucault, 1993: 204). Fuko ovu transformaciju smatra suštinskom za razvoj moderne subjektivnosti.

Mnoge feministički orijentisane autorke borile su se protiv dominantnog naturalističkog i patrijarhalnog ideološkog narativa po kome su trudnoća i porođaj, pre svega, ili isključivo, biološki procesi i događaji i u skladu sa tim treba da budu tretirani. Ipak, one su pre svega isticale socio-kulturnu prirodu ovih fenomena (Davis-Floyd, 1993; Michaelson, 1988; Jordan, 1993). Bez bilo kakvog dovođenja u pitanje važnosti njihovog kritičkog gesta, on i dalje ne poklanja dovoljno pažnje činjenici da su trudnoća i porođaj iskustva *otelovljene* subjektivnosti.

Specifikacija teme

Ovo istraživanje fokusiraće se na subjektivne aspekte trudnoće i porođaja i to prevashodno na ona iskustva koja se tiču, sa jedne strane, telesnih promena, a sa druge, susreta sa medicinskim znanjima, praksama i tehnikama koji su u savremeno doba nezaobilazna i najznačajnija odrednica staranja o reproduktivnim ženskim procesima.

U radu ću krenuti od pretpostavke da iskustvo trudnoće i porođaja ne može biti objašnjeno polazeći *isključivo* od kulturnih reprezentacija ili reproduktivne prakse koja je izraz odnosa moći, kao ni od karakteristika trudnog tela koje je ujedno biološki entitet i objekat medicinskog znanja i tehnološki posredovanog intervenisanja. Ipak, ne želim da ga svedem ni na neotuđivo intimno iskustvo posredovano težnjama, željama i konfliktima jedne individualne svesti. Kroz analizu trudničkih i porođajnih narativa pokušaću da pokažem na koje je načine doživljavanje i funkcionisanje trudne žene, njena subjektivnost, oblikovana kroz interakciju svih pomenutih odrednica i procesa.

Dakle, osnovna pitanja biće sledeća: Kako žene doživljavaju trudnoću i porođaj? Kakvu ulogu njihovo telo zauzima u njihovim narativima i na koji način medicinska znanja, prakse i tehnike posreduju i oblikuju njihovo iskustvo? Da li je žena tokom trudnoće i porođaja subjekt ili objekt posmatranja i intervencija medicine, tj. da li je ona aktivan učesnik ili je svedena na impulse jednog tela koje funkcioniše po zakonima nad kojima ona nema kontrolu? Odnosno – da li i kako žene prisvajaju taj kontigentni proces koji im se *dešava*, a koji je ujedno prirodni, kulturni i tehnološki?

Već na osnovu dosadašnjeg izlaganja jasno je da će mi pažnja biti usmerena i na iskustvo trudnoće i na iskustvo porođaja, iako deluje da je samo prva tema najavljena naslovom. Razlog leži u tome što sam sklona da porođaj, i pored svih specifičnosti koje sa sobom nosi, vidim kao završetak trudnoće, kao poslednju fazu tog dugog procesa transformacija. Iako po mnogo čemu svojevrsan događaj, što će biti reflektovano i u načinu na koji će istraživanje biti izvedeno (putem dva intervjua) i u načinu na koji će nalazi biti predstavljeni (u dva razdvojena poglavlja), samo iskustvo porođaja određeno je najrazličitijim događajima kroz koje je žena tokom trudnoće prošla – posebno vrstom iskustava koje je imala unutar medicinskih institucija i odnosom prema sopstvenom telu koji je razvijala tokom devet meseci (mada i tokom svih prethodnih godina života). Dakle, dok je iskustvo trudnoće orijentisano ka porođaju i uključuje i raznovrsne pripreme za taj čin, iskustvo porođaja je, između ostalog, određeno time na koji način je žena doživljavala sopstveno telo i odnosila se prema njemu, kao i time kako je ona sama bila tretirana unutar medicinskog konteksta tokom procesa trudnoće. U tom smislu, sklona sam da između trudnoće i porođaja prepoznam kontinuitet. Ne slažu se sve autorke koje se bave reproduktivnim ženskim stanjima sa ovim stavom. Neke smatraju da je porođaj vremenski ograničen događaj i da je relevantnije usmeriti pažnju na dugotrajna iskustva, poput trudnoće i materinstva (Mullin, 2005). Takođe, veruju da je on „skoro nadrealno otcepljen iz životnog narativa“ (Kukla, 2005: 25). Na osnovu izvedenog istraživanja, deluje mi da ovakav stav ne odgovara stvarnom iskustvu žena u čijim narativima se porođaj pojavljuje kao izuzetno značajan događaj koji se interpretira u skladu sa prethodnim životnim iskustvom, i koji pruža okvir za osmišljavanje budućeg iskustva (recimo razmišljanje o rađanju drugog deteta). Iako postoji veliki broj istraživanja kako trudnoće, tako i porođaja, zanimljivo je to da su izrazito retka ona koja se bave i jednim i drugim iskustvom. Deluje mi da je to doprinelo tome da se ovi fenomeni neopravdano razdvajaju i da se propušta mogućnost da se oni prepoznaju kao faze u jedinstvenom životnom narativu. Nadam se da će ovo istraživanje doprineti tome da se ovaj propust donekle ispravi.

Kratki pregled poglavlja

Na početku uvodnog poglavlja već je bilo reči o tome da trudnoća i porođaj predstavljaju tačke susreta prirode i kulture, *biološke* događaje u kojima su glavni akteri *društvena* bića (Oakley, 1979). Ipak, u *savremeno* doba njima je, kao *prirodnim* aktivnostima, kroz naučno-tehnološko prevođenje dat *specifičan* kulturni status. Postali su objekat medicinskih znanja, praksi i tehnika – tj. došlo je do transformacije ranijih socio-kulturnih artikulacija ovih procesa u jednu dominantnu artikulaciju trudnoće i porođaja kao bioloških procesa, što je vodilo tome da trudna žena postane pacijent akušera. Ova relativno nova istorijska situacija biće detaljno ispitana u narednom poglavlju. Na kraju tog poglavlja pokušaću da situiram ovaj rad unutar debata o savremenim načinima tretiranja trudnoće i porođaja.

Naredni deo teksta biće posvećen *teorijskom* situiranju istraživanja. Najpre će biti reči o psihološkom bavljenju reproduktivnim ženskim stanjima. U savremenoj psihologiji, fenomen trudnoće i porođaja se, na način relevantan za ovo istraživanje, prevashodno obrađuje unutar dve oblasti – u psihologiji žena i zdravstvenoj psihologiji – i obe će biti relevantne referentne tačke za pozicioniranje ovog rada u okvirima psihologije. Četvrto poglavlje će služiti izlaganju teorijskog stanovišta koje će predstavljati osnovni konceptualni okvir, kako za osmišljavanje empirijskog istraživanja, tako i za interpretaciju nalaza.

Metodološko poglavlje sadrži reflektivni narativ same autorke o izvedenom empirijskom istraživanju. Osim detaljnog obrazlaganja svih relevantnih metodoloških odluka, u njemu se preispituje uloga istraživača u svim aspektima istraživanja – od izbora fenomena i formulisanja pitanja, do realizacije istraživanja.

Drugi deo teze biće posvećen izlaganju i detaljnom komentarisanju empirijskih nalaza. On je podeljen u dve veće celine – u prvoj će biti analizirano iskustvo trudnoće, a u drugoj iskustvo porođaja. Kroz različita poglavlja nastojaću da rekonstruišem kako žena

kao subjekt doživljava dramatične telesne promene koje se odvijaju tokom trudnoće i porođaja i to s obzirom na način na koji medicinska tehnologija⁶ posreduje ove procese.

S obzirom na to da će se poglavlja u kojima se diskutuju nalazi istraživanja fokusirati na različita konkretna pitanja i aspekte ženinog iskustva, u završnim razmatranjima biće ocrtane neke opštije tendencije i vratiću se na neka od pitanja koja ću otvoriti u teorijskom delu rada, kako bih pokušala na njih da odgovorim u svetlu empirijskih uvida.

⁶ Pod medicinskom tehnologijom ćemo podrazumevati širok skup znanja, praksi, veština, tehnika i proizvoda koji se koriste za lečenje i prevenciju svih stanja koja su za čoveka potencijalno ili aktuelno ugrožavajuća. Pošto je određenje dovoljno sveobuhvatno, termin „medicinska tehnologija“ često će biti korišćen u tekstu kada se želi referisati na širok raspon od znanja preko praksi do instrumenata.

Tretiranje trudnoće i porođaja u savremenom zapadnom društvu

"The female generative organs, the matrix of human life, have become a prime target of patriarchal technology."

Adrienne Rich (1986: 127)

Prolazak kroz trudnoću i porođaj u savremenom zapadnom društvu gotovo neizostavno uključuje kontakt sa visokoobrazovanim medicinskim stručnjacima, različitim oblicima medicinske tehnologije i to u institucionalnom okruženju (Lowis & McCaffery, 2004). Međutim, dolaženje u kontakt sa medicinom tokom trudnoće i porođaja danas nije samo visoko verovatnan ishod. Ono predstavlja i vladajući društveni ideal, tako da i tamo gde se prolazak kroz trudnoću i porođaj aktuelno ne odvija u medicinskom okruženju, poželjno stanje podrazumeva upravo njihovo smeštanje u okvire medicinske institucije (Lyerly et al., 2007).

Pod okrilje medicine najpre je dospelo porođaj, a tokom prethodnog veka trend medikalizacije se širio ka početku trudnoće. Tada se ustalila ideja da „čitav proces trudnoće, porođaja i odgajanja deteta treba da bude *nadgledan* od strane lekara, čak i kada ne postoji nikakva naznaka medicinskog problema“ (Kukla, 2005: 71). U savremeno doba, antenatalna nega, koja podrazumeva medicinsko praćenje svih trudnoća, postala je standard⁷. Ovaj trend pokazuje sklonost da obuhvati sve što ima veze sa reproduktivnim funkcionisanjem žene i postaje sasvim uobičajeno da medicinsko znanje i prakse budu uključeni i u *pripremu* začeca (Tone, 2012). Od žena koje planiraju trudnoću očekuje se da obave relevantne preglede i testiranja, da koriste suplemente poput folne kiseline i da generalno prilagode svoje životne navike stanju koje tek treba da nastupi.

Postojanje ginekologije i akušerstva kao posebnog polja medicine koje je nadležno za pitanja ženskog zdravlja oslanjalo se na predstavu o ženskom telu kao različitom u odnosu na muško, makar kad je u pitanju njegov generativni potencijal. Naziv *ginekologija* se prvi put pojavljuje između 1820. i 1850. godine (McGrath, 2002: 34), dok do

⁷ Ipak, i dalje je porođaj najmedikalizovaniji aspekt ženske reprodukcije. Dok je procenat žena u Srbiji koje se porođaju u bolnicama, uz prisustvo medicinskog osoblja, preko 99%, obuhvat antenatalnom i postnatalnom zaštitom je daleko manji i iznosi nešto više od 50% (Uredba o nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine, 2009).

institucionalizacije discipline u vidu posebnih bolničkih odeljenja i lekarskih diploma dolazi tek u drugoj polovini 19. veka (Moscucci, 1990). Ipak, iako je zvanični početak ginekologije kao grane medicine nastupio tako kasno, njeni koreni se mogu pratiti od antike, jer se još tada pojavljuje takvo razumevanje ženske prirode i njenog tela koje opravdava isticanje specifičnosti u odnosu na muškarce i tretiranje u skladu sa tim. Helen King navodi da shvatanje po kome su žene smatrane toliko različitim da bi zahtevale posebnu granu medicine postoji još od 5. veka pre nove ere u Grčkoj i javlja se u tekstovima Hipokratovog korpusa (King, 1998). U delu *O bolestima žena* upozorava se da žene ne bi trebalo da budu tretirane na isti način kao muškarci jer se „lečenje (*iêsis*) bolesti žena razlikuje značajno od lečenja muškaraca“ (King, 2007: 11), što se kasnije često uzimalo kao najranija poruka o neophodnosti zasnivanja ginekologije kao posebne medicinske oblasti. Dakle, postoji tendencija da se žena opaža i tretira na specifičan način od samog početka medicine kao profesije⁸.

Ipak, kao što je već rečeno u uvodnom poglavlju, uobičajeno se smatra da je u drugoj polovini 18. veka došlo do suštinske transformacije. Medicinski model je postao *dominantan* vid reprezentovanja i regulisanja trudnoće i porođaja, i to je u priličnoj meri izmenilo to kako će žene doživljavati ove procese. U odeljcima koji slede bavićemo se istorijskim prikazom relevantnih aspekata ovog modela, posledicama koje on ima po ženu kao subjekta, kao i kritičkim reakcijama koje je izazvao.

Patologizacija i intervencionizam

Tretiranje određenog procesa kao medicinskog fenomena po definiciji podrazumeva tretiranje tog procesa kao patološkog. Podvođenje trudnoće pod nadležnost medicine, tako, „uključuje interpretiranje trudnoće same kao prekida u zdravom stanju, koji nužno zahteva ekspertsko medicinsko intervenisanje, odnosno razmišljanje o trudnoći kao prvenstveno pitanju zdravlja i bolesti“ (Mullin, 2005: 54). Medicina je redefinisala *normalna* iskustva (menstruaciju, trudnoću, porođaj, menopauzu) kao medicinska stanja kojima je neophodno

⁸ Postoji saglasnost oko toga da se početak razvoja zapadne medicine vezuje za Hipokratovo učenje i korpus tekstova koji nosi njegovo ime

praćenje i upravljanje (Gannon, 1998; Young, 2005). Svaka trudnoća i porođaj smatraju se rizičnim dok se ne dokaže suprotno, tj. ona se smatraju normalnim samo retrospektivno, čime se opravdava preventivna upotreba medicinskih tehnika i intervencija (Savage, 2003: 105). Analiza medicinskih udžbenika to veoma jasno pokazuje: „Pojam normalnog porođaja može se postaviti samo retrogradno, dakle posle završetka četvrtog porođajnog doba. Drugim rečima, treba biti svestan činjenice da porođaj u svakom trenutku može preći u patološki (Momčilov, 2005: 345).“ Već od 17. veka, sa pojavom knjiga instrukcija za babice (koje su pisali muški lekari) i sa većim uključivanjem akušera u porođaje javlja se referisanje na trudnoću i porođaj kao na bolest (King, 2007: 22). Ipak, ovakva reprezentacija nije uvek bila podjednako dominantna tokom istorije medicinskog tretiranja ženske reprodukcije i to je vodilo različitim preskripcijama za medicinsku praksu, posebno vezano za ulogu lekara i nivo mešanja u spontani tok procesa.

Prvi lekari akušeri su bar do polovine 18. veka bili pozivani na porođaje samo u hitnim situacijama i bili su povezivani sa smrću jer su najčešće obavljali kraniotomiju (razbijanje lobanje novorođenčeta i izvlačenje deo po deo) kako bi mogli da izvuku fetus i spasu majci život (McTavish, 2005)⁹. Tako je dolazak akušera na porođaj kao ishod uglavnom imao smrt bebe i komplikovanu i bolnu operaciju majke (Wilson, 2003). Tokom 18. veka forceps ulazi u širu upotrebu. Za razliku od kuke, on je ostavljao dosta veću šansu da beba ostane u životu i to donekle doprinosi tome da akušeri budu drugačije posmatrani i da se njihov status, posebno vezano za „normalne“ porođaje promeni. Prva generacija britanskih akušera, kojoj je pripadao Vilijam Smeli (William Smellie), snažno je zagovarala upotrebu forcepsa, ali već u sledećoj generaciji su se stvari radikalno izmenile (Moscucci, 1990).

U krugovima samih lekara javlja se prva pobuna protiv upotrebe instrumenata na porođaju već u drugoj polovini 18. veka. Akušeri masovno odbacuju upotrebu forcepsa, a najpoznatiji među njima je svakako Vilijam Hanter (William Hunter), Smelijev učenik, koji je o forcepsu rekao: „Na jednu spašenu, ubiju dvadeset“ (citirano u ibid, 1990: 48). Još jedan slavan lekar iz njegove generacije, Tomas Denman (Thomas Denman), snažno se protivio

⁹ Odluka o takvoj intervenciji bila je razumljiva s obzirom na činjenicu da je carski rez po pravilu bio fatalan za majku, a akušeri tog doba smatrali su da je njen život vredniji od života deteta (Spencer, 1927).

upotrebi instrumenata na porođaju i smatrao je da su oni, bez obzira na povremenu opravdanu i spasonosnu upotrebu, doneli znatno više zla nego dobra: „Ali, ako uporedimo dobro koje su generalno doneli instrumenti, koliko god pažljivo bili korišćeni, sa zlima do kojih je dovela njihova nepotrebna i neodgovarajuća upotreba, mogli bismo da se zapitamo ne bi li svet bio srećniji da nijedan instrument ma koje vrste nikad nije bio izumljen i preporučen za upotrebu u akušerksoj praksi.“ (Denman, citirano u Holland, 1951)

Tako su ovaj rani period istorije akušerstva obeležili neslaganje i podele među samim lekarima, u koju žene skoro da nisu bile uključene: „najvećim delom u pitanju je bila debata među džentlmenima u pogledu adekvatne nege i staranja o majčinskim telima“ (Kukla, 2005: 86). Dakle, već tada, mnogo pre pojave prvih feministkinja koje su nosioci kritike medikalizacije u 20. veku, povela se diskusija u pogledu upotrebe tehnologije i intervenisanju na porođaju, i to diskusija koja se odvijala u medicinskim krugovima. Tokom 18. i skoro čitavog 19. veka ubedljivo je prevladala struja koja je zagovarala neintervenisanje, odnosno koja je ostavljala da se stvari odvijaju prirodno – „normalni porođaji su najvećim delom bili prepuštani silama Prirode, koja je, Harvijevim¹⁰ rečima, 'savršeni operatrix' (Spencer, 1927: 165).“ Nisu samo prvi britanski akušeri zagovarali ovakvu poziciju. Jedan od prvih holandskih akušera iz 17. veka, Henrik van Deventer, vatreno je zagovarao prirodni porođaj i verovao da medicina treba da se umeša tek kada je prisutna *jasna patologija* (Dunn, 1998). Tokom svoje prakse izbegavao je upotrebu instrumenata i lekova¹¹, naglašavao je značaj uspravnog položaja tela tokom porođaja kako bi fetus mogao da koristi silu gravitacije i značaj aktivnosti žene tokom faze napona. Kao lekar je video svoju ulogu kao ulogu *pomoćnika* u otežanim porođajima – iako vrši izvesne manuelne intervencije (pokušava da proširi prolaz i rotira glavu novorođenčeta), on istovremeno hrabri ženu i podstiče je da se napinje i prepoznaje da je pozitivan ishod

¹⁰ William Harvey (1578-1657), čuveni engleski lekar i akušer iz 17. veka, poznat po tome što je prvi opisao sistem cirkulacije krvi.

¹¹ Deventer sugerise da se i u slučaju porođaja koji se sporo odvija zbog retkih i nepravilnih kontrakcija dobro proceni da li bi bilo kakva intervencija pouzdano doprinela poboljšanju situacije i da se svakako ona odloži sve dok ne postoji jasna opasnost za majku ili bebu ukoliko se ostavi da se porođaj odvija svojim tokom. „Zaista mi je jasno da su lekovi prilično moćno sredstvo za raspirivanje kontrakcija; ali veliki broj slučajeva naučio me je da su veoma jaki i nasilni lekovi učinili prilično veliku štetu ženama na porođaju (Deventer, citirano u Dunn, 1998: 158).“

rezultat njihovih *zajedničkih* snaga. Kao i mnogi akušeri tog doba snažno je verovao u boga i prirodu.

Zanimljivo je i to da kada su se od sredine 18. veka pojavila prva porodilišta u Londonu, odnosno specijalna odeljenja bolnica na koja su žene primane da se porode, to je bila zapravo reakcija protiv krugova akušera koji su zagovarali primenu forcepsa. S obzirom na to da su se na ovim odeljenjima odvijali normalni porođaji, moglo je da se neposredno pokaže da je upotreba instrumenata nepotrebna ili štetna (Moscucci, 1900).

Dakle, muškarci koji su dolazili iz profesionalnih medicinskih krugova ginekologa i akušera bili su prvi kritičari intervenisanja u tok porođaja, jer se smatralo da se tako samo ugrožava i dovodi u opasnost proces koji se prirodno odvija svojim tokom i ima najbolji ishod i za majku i za bebu¹². Ovakva shvatanja ranih generacija akušera u medicinskim krugovima kasnijeg doba opažana su kao izrazito konzervativna i štetna, a ova čitava faza je označena kao retrogradna u istoriji akušerstva. To je veoma dobro ilustrovano u obraćanju jednog od lekara Londonskom akušerskom društvu 1879. godine: „Ovi slavni ljudi verovali su da je ispravno da iskoriste sav svoj autoritet u nastojanju da odvrate ljude od upotrebe instrumenata i uliju im slepu veru u prirodu kao najbolji način. Oni su to činili sa takvom revnošću i sa takvim autoritetom da se otišlo u suprotnu krajnost, koja je značila potpuno odsustvo aktivnosti... Postavljena su pravila, koja su se naširoko sledila, što je veoma često vodilo tome da žene koje se porođaju budu dovedene u opasnost, dožive povrede ili umru. (citirano prema, Holland, 1951).“

Početak 20. veka dolazi do radikalne promene u generalnom pristupu ženskim reproduktivnim procesima (Caton, 1999). Dok je akušerski pristup u 18. i 19. veku karakterisao stav „opreznog iščekivanja“, američki akušer Džozef B. Deli (Joseph B. DeLee) sada promoviše metod koji „u velikoj meri interferira sa procesima Prirode“ (DeLee, 1920: ; prema Caton, *ibid*: 156-157). Deli sugerije da bi sve ono što se u velikom broju slučajeva dešava tokom porođaja moglo da se nazove normalnim samo u onom smislu u kome se smrt majke lososa ili smrt muške pčele tokom kopulacije mogu nazvati normalnim. Ali, ako se ne pretpostavi da žene treba da budu žrtvovane, biološki gledano, normalnom procesu

¹² Deluje da je savremeni pokret prirodnog porođaja, o kome će biti reči nešto kasnije, naslednik ove linije kritike i gernalno se oslanja na veoma slične, ako ne i na iste argumente i reprezentacije.

reprodukcija vrste, već „da žena po završetku porođaja treba da bude jednako zdrava i anatomski savršena koliko je bila ranije, i da dete treba da bude neoštećeno“, onda s obzirom na to da „iskustvo pokazuje da su ovakvi idealni rezultati izuzetno retki“, porođaj treba da bude tretiran upravo kao *patogen* proces (ibid.). Njegov kolega, Ostin Flint, jezgrovito izražava novo shvatanje pitajući se kako se „proces koji ubije hiljade žena svake godine, ostavi preko četvrtine njih manje ili više obogaljenima, koji je praćen ozbiljnim bolovima i cepanjem tkiva i ubije tri do sedam procenata svih beba, može nazvati normalnom ili fiziološkom funkcijom“ (Flint, 1925; ibid: 157). Deli je, ipak, precizniji – nije dilema da li se radi o „normalnoj, odnosno fiziološkoj“ funkciji, nego da li je karakter ove *normalne fiziološke* funkcije takav da po pravilu, a ne samo izuzetno, rezultira nepoželjnim ishodom. U svakom slučaju, revizija akušerskog praktičnog pristupa ženskoj reprodukciji i zauzimanje „*aktivnog*“ stava prema njoj prirodna je posledica novog shvatanja. Delijev „aktivni“ stav podrazumevao je administriranje etra ženi tokom faze dilatacije koji bi je onesvestio, a zatim izvlačenje bebe forcepsom, što je bilo olakšano hirurškim rezom na medici, poznatom kao epiziotomija, nakon čega je sledilo manuleno izvlačenje posteljice. Kako Barbara Rotman primećuje: „Posledice Delijevog pristupa po majku bile su to da je ona porođaj doživljavala kao potpuno medicinski događaj, koji se ne razlikuje od ma koje hirurške procedure“ (Rothman et al., 2007: 17). Dakle, ova relativno skorašnja istorijska promena stvorila je okvire situacije koja nam je i danas poznata i koja, u mnogim delovima sveta uključujući i našu zemlju, u velikoj meri nije prevaziđena.

Kritička analiza medicinskog pristupa trudnoći i porođaju

Tokom prethodnih nekoliko decenija, u vreme kada je medicinski model ženskih reproduktivnih procesa bio već uveliko ustoličen, razbuktala se kritika usmerena na različite aspekte njegovog funkcionisanja. Reakcija je bila podstaknuta drugom velikom feminističkom mobilizacijom do koje je došlo šezdesetih godina. Kritike su bile usmerene kako na pitanja bezbednosti, koja i sami zastupnici medicinskog modela smatraju centralnim pitanjima (Lyerly et al., 2007), tako i na lična iskustva prolaska kroz ove procese u visoko medikalizovanom i naglašeno patrijarhalnom okruženju (Davis-Floyd,

1993; Rich, 1986; Young, 2005). Mnoge od ovih kritika aktuelne su i u današnje vreme, a, kao što će se videti nakon izlaganja nalaza ovog istraživanja, zaključak o aktuelnosti se posebno odnosi na ovdašnje medicinsko okruženje.

Uz hospitalizaciju, tehnologizaciju i profesionalizaciju porođaja i trudnoće obično ide i zdravorazumska predstava prema kojoj ovi trendovi predstavljaju lokalnu manifestaciju globalnog prosvetiteljskog projekta. Prema toj slici, razvoj profesionalne akušerske prakse stao je na kraj masovnog umiranja kako porodilja tako i njihove dece na porođajima, koji pre toga nisu bili vođeni oslanjanjem na odgovarajuće kompetencije.

Pretpostavka da je nepobitna činjenica da je stavljanje trudnoće i porođaja pod nadležnost medicine mnogostruko umanjilo rizičnost ovih procesa i povećalo opštu bezbednost majki i dece odigrala je nemerljivu ulogu u uspostavljanju hegemonije medicinskog modela. Ona ne igra ništa manje značajnu ulogu ni danas, u održavanju te hegemonije. Treba imati na umu da reprodukciju ove pretpostavke doprinose kako oni koji pružaju medicinske usluge tako i oni koji ove usluge koriste. S tim što, naravno, treba imati na umu i sugestivnu snagu diskursa o rizičnosti trudnoće i porođaja, koji proglašava žene neodgovornim ukoliko se ne odazovu na neku od preporučenih intervencija (Kukla, 2008; Lysterly et al., 2009). Njegovoj sugestivnosti svakako doprinosi činjenica da je u pitanju dobrobit ne samo žene same, već i njenog deteta.

Ipak, pretpostavka da primena medicinskog modela uvećava bezbednost jeste toliko samorazumljiva u današnje vreme da je veoma teško pronaći naučno svedočanstvo koje bi joj išlo u prilog. Kada je upitanju prenatalna medicinska nega, zapravo i nema dovoljno evidencije koja bi je direktno povezivala sa smanjenjem stope smrtnosti (Loudon, 1992). Na samom porođaju, smrtnost je smanjena pre svega pojavom antiseptičkih supstanci i postupaka koji su sprečili puerperalnu groznicu od koje je tokom 18. i 19. veka umirao relativno veliki procenat žena (Moscucci, 1990). Dakle, pad mortaliteta među majkama na Zapadu u vezi je sa napretkom bakteriologije i dostupnošću transfuzije krvi, a ne sa akušerskom praksom. Svršishodnost mnogih medicinskih intervencija i tehnika koje se koriste nikada nije naučno dokazana. Prakse poput nekritičke primene hormona tokom porođaja, kako bi se on ubrzao, ili rutinske epiziotomije široko su raširene već decenijama, a nema dokaza njihove korisnosti (Goer, 1995). Slično važi i za praćenje tonova fetusa

(CTG). Ne samo da je uticaj korišćenja CTG-a na ishode visokorizičnih porođaja minimalan, nego korišćenje ove tehnologije ima kao prateći efekat povećanje broja nepotrebnih carskih rezova. Jatrogene posledice poput ove nisu retkost kada je medicinska tehnologija u pitanju i mogu se očekivati i kod indukcije, epiziotomije i instrumentalnih dovršenja porođaja. Zapravo, tehničke intervencije su često povezane i pojava nekih od njih je vodila izmeni čitavog obrasca porođaja. Tako je, od osamdesetih godina, pre svega zbog sve veće upotrebe hormona za pojačanje kontrakcija (oksitocina), porođaj postao dosta bolniji, što je vodilo češćoj upotrebi epiduralne analgezije, što je dalje vodilo većem broju porođaja forcepsom i većem broju carskih rezova (O'Dowd & Phillip, 1994: 28 str).

Robi Dejvis-Flojd (Davis-Floyd, 2001) ukazuje na to da su lekari i nezavisno od akušerske prakse neskloni tome da promene standardnu proceduru čak i onda kada se pojavi naučna evidencija u prilog tome. Visoko vrednovanje naučnog napretka u ovom kontekstu često se svodi na ideološki afinitet. Ova autorka se poziva na podatke prema kojima je 1978. godine samo dvadeset procenata procedura koje se rutinski koriste u lekarskoj praksi imalo naučno opravdanje. Devedesetih je taj procenat i dalje iznosio manje od 50%. Njenim rečima: „Ako bi akušerska nega u većini bolnica postala zaista zasnovana na naučnoj evidenciji, većina standardnih intervencija, uključujući rutinsko davanje infuzije, rutinsko korišćenje sintetisanog oksitocina i položaj na leđima bila bi eliminisana; žene bi jele, pile i kretale se slobodno za vreme porođaja; i porađale bi se u uspravnom, sedećem ili čučućem položaju (ibid: S19).“ To bi svakako izmenilo i doživljaj žena i sam tok porođaja.

Ali, kao što je napomenuto na početku, nije problem samo u „fizičkim“ posledicama medicinskog tretmana reproduktivnih procesa. Savremeno okruženje kritikovano je pod uticajem drugog talasa feminizma kao okruženje koje je višestruko otuđujuće za žene (Beckett, 2005; Martin; 1984; Young, 2005). Otudjenje koje žena doživljava u ovom okruženju prožima, prema ovoj kritici, najvažnije sfere njene egzistencije. Ona biva odvojena od svojih životnih projekata, od bliskih ljudi koji je okružuju i čak i od sopstvenog tela.

Ova vrsta kritike često je upućivana na osnovu ličnih iskustava autorki. Tako, Adrijan Rič piše o svom iskustvu porođaja u Americi u drugoj polovini pedesetih godina

prošlog veka: „Bile smo, povrh svega, u rukama muške medicinske tehnologije. Hijerarhijska atmosfera bolnice, definicija porođaja kao hitnog medicinskog slučaja, odvojenost tela od duha, činili su okruženje u kome smo se porađale, sa ili bez analgezije. Jedine žene koje su bile prisutne bile su medicinske sestre, koje su tu bile radi obuke i kojima je zgusnuti raspored onemogućavao da budu previše saosećajne. (Sećam se zahvalnosti i neverice koju sam osetila probudivši se na intenzivnoj nezi nakon svog trećeg porođaja kada sam shvatila da mlada učenica iz medicinske škole drži moju ruku.) Iskustvo ležanja u polubudnom stanju u krevetu sa rešetkama u sobi za porađanje, zajedno sa drugim ženama koje jecaju u omamljenom stanju, dok se „niko ne pojavljuje“ osim kad treba da izvrši vaginalni pregled ili da da injekciju, predstavlja klasično iskustvo otuđenog porođaja. Usamljenost, osećaj napuštenosti, zatočenosti, nemoći i depersonalizovanosti jeste ono što čini glavni deo kolektivnog sećanja žena koje su se porodile u Americi“ (Rich, 1986: 177). U drugom delu rada videćemo da se današnje iskustvo žena koje se porađaju u Srbiji nije mnogo pomerilo od ove slike.

Robi Dejvis-Flojd ukazuje na to da hijerarhijske, birokratske i autokratske dimenzije porodilišta, uz visoku tehnologizovanost porođajnog procesa predstavljaju odraz šireg tehnokratskog kulturnog modela realnosti, koji je dominantan u savremenom društvu (Davis-Floyd, 2001). Ali, dok na nivou društva postoji određeni širi trend ka detehnokratizaciji, koji se ogleda i u tome što na popularnosti sve više dobijaju pojmovi organizacionih mreža ili „flat“ korporacija, u porodilištima tehnokratska struktura neumoljivo opstaje, iako je u skorije vreme primetan trend „humanizacije“ okruženja i uvažavanja potreba i preferencija pacijenata kao *korisnika zdravstvenih usluga* (Arney & Bergen, 1986; Savage, 2003).

Od samog prijema u porodilište, žene bivaju podvrgnute nizu standardizovanih institucionalnih procedura i priključene na visokorazvijene tehnološke sisteme nadzora i nege. Medicinski stručnjaci su ti koji od starta preuzimaju apsolutnu kontrolu nad porođajem i žene počinju da igraju pasivnu ulogu u njemu. Kompetentnost žena da izvrši određene izbore i da donese određene odluke potpuno je devalvirana (Beckett, 2005: 255). Nihov osećaj da bi u određenom trenutku želele da jedu, piju ili da se prošetaju ne tretira se kao instruktivan za to da li bi to i trebalo da učine. Hijerarhijska struktura privileguje

puku preferenciju lekara, koja odnosi prevagu čak i u onim slučajevima u kojima je naučna evidencija na strani alternativne opcije. Lekar ima mogućnost da „jednostavno odbije da razgovara o neparadigmatičnim opcijama“ (Davis-Flojd, 2001: S8). Klasičan primer jeste ranije pomenuto insistiranje na tome da žene tokom porođaja leže na leđima¹³, iako se fiziološki gledano radi o iracionalnom izboru, koji predstavlja čest uzrok komplikacija. Uspravni položaj omogućava da otvor pelvisa bude širi, da guranje bude efikasnije, kao i da veće količine krvi i kiseonika dolaze do bebe.

Barbara Kac Rotman (Rothman et al., 2007) ukazuje na to na koje sve načine savremena tehnologija samo uvećava moć lekara nad ženama koje se porođaju. Prema njoj, ultrazvuk je tehnološko sredstvo koje omogućava shvatanje fetusa kao „posebnog pacijenta koji je zapravo zarobljen unutar majke“, koje čini da „žena bude uklonjena iz slike na ekranima koje gledamo, a, sve više, i iz naših umova (ibid: 2007: XXI-XXII).“ Stavljanjem fetusa u prvi plan, žena je nužno repositionirana tokom trudnoće i porođaja, i to pre svega tako što je izmeštena iz situacije, i njena uloga je promenjena (Ginsburg & Rapp, 1991; Squier, 1996).

Kritike medikalizacije trudnoće i porođaja takođe ukazuju na to da ekstenzivna upotreba razvijene tehnologije u okviru savremene medicine doprinosi gubitku intimnog kontakta trudnih žena sa medicinskim osobljem. Upotreba starije tehnologije uglavnom je podrazumevala direktan čulni kontakt i razgovor sa pacijentom, a uspostavljanje dijagnoze često je podrazumevalo oslanjanje na sopstvena čula. Novija tehnologija najčešće podrazumeva da je samo mašina u direktnom kontaktu sa pacijentom, a dijagnostički postupak oslanja se na očitavanje elektronskih podataka (Davis-Floyd, 2001; Duden, 1993).

Može se pretpostaviti da je otuđenje neizostavna posledica već toga što su trudnoća i porođaj uopšte stavljeni pod nadležnost medicine. To je zato što u samoj osnovi medicinskog pristupa fenomenima stoji tzv. *princip razdvajanja*. Radi se o klasičnom modernom principu (Bruno Latour ga čak naziva modernim Ustavom; Latour, 1993), koji svoj paradigmatičan izraz ima u *kartezijanskoj* metafizici (Leder, 1992). Dualističko

¹³ Položaj na leđima je prevladao tek sa dominacijom porođaja u bolnici. Pre toga je bio prisutan čitav niz različitih položaja za rađanje, a bili su favorizovani oni koji pomažu napredovanje bebe oslanjanjem na gravitaciju (stojeći i čučajući, eventualno klečeći položaj; Shorter, 1991: 55-56). Dakle, praksa porođanja u ležećem položaju se poklapa sa preuzimanjem nadležnosti nad porođajem od strane lekara.

razdvajanje duše i tela, praćeno mehanicističkim rastavljanjem samog tela na skup delova, jeste ono što je omogućilo da se problemi tela shvate kao tehnički problemi koji zahtevaju tehničko rešenje. Mišel Fuko ukazao je na obe ravni na kojima se ova specifično moderna tela konstituišu i oblikuju: „Obimno štivo o Čoveku-mašini pisano je istovremeno na dve ravni: prva je anatomska-metafizička, i tu je prve stranice ispisao Dekart, a lekari i filozofi su produžili; druga je tehničko-politička, sastavljena iz niza vojnih, školskih i bolničkih propisa, kao i empirijskih postupaka i teorijskih promišljanja čiji je cilj da se telesne delatnosti nadziru ili popravljaju (Fuko, 1997: 154).“

Ovaj široki istorijski trend mehanizacije ljudskih tela nije mimoišao ni ženska reproduktivna *tela*. Tako je još u 18. veku škotski akušer Vilijam Smeli obučavao svoje studente na „mašinama“, napravljenim od kostiju stvarnih žena i obučenim u žensku odeću, iz kojih su studenti porađali fetuse-lutke. Manje od veka kasnije, Džejms Jang Simpson (James Young Simpson), argumentišući u prilog upotrebe anestezije na porođaju, sugerisao je da bi ceo proces porođaja bio lakši kako za akušera tako i za samu ženu ukoliko bi žene bile uspavane. I tako je nekoliko decenija nakon što je Smeli konstruisao didaktičku ženu-mašinu iz koje je vađena fetus-lutka, Simson na neki način pretvorio stvarne žene u mašine iz koje je izvlačio stvarne bebe (King, 2007: 193). Ženska reproduktivna tela svedena su na mehaničke sklopove iz kojih je beba, uz pomoć akušera i bez pomoći majke, izlazila na svetlost dana. Svesnost žene postala je kontingentni deo porođajnog procesa, koji, smatralo se, ne samo da ne olakšava porođaj, već ga uglavnom otežava.

Karteziizam u medicini generalno vodi *praktičnoj desubjektivaciji* onih koji bivaju podvrgnuti medicinskom tretmanu. Medicinski radnici zaduženi su samo za telo, a ne za osobu čije je ovo telo. Prolazak kroz medicinsku obuku, između ostalog, uključuje upravo izgradnju sposobnosti da se izbegne emocionalna uključenost (Davis-Floyd, 1987), tako da izostanak ispoljavanja brige i fizičkog kontakta mimo onog koji podrazumeva medicinski tretman čini sasvim očekivanu komponentu kako medicinskog tretmana trudnoće i porođaja, tako i medicinskog tretmana drugih stanja i procesa.

Neke feministički orijentisane autorke ukazuju na to da dok je redukovanje na „telo-mašinu“ ono sa čim se susreću *svi* pacijenti, nezavisno od svojih rodnih specifičnosti, ova inherentno egalitarna (iako mehanicistička) predstava o ljudskom telu, kada je reč o

ženskim reproduktivnim stanjima, biva zakrivljena zahvaljujući dominantno *patrijarhalnoj* pogledu na njega. „Na muško telo u medicini je počelo da se gleda kao na prototip tela-mašine koja ispravno funkcioniše. U onoj meri u kojoj odudara od muškog standarda, žensko telo posmatrano je kao inherentno manjkavo i kao da se nalazi pod opasnim uticajem prirode, za koju se, s obzirom na nepredvidivost koja je odlikuje, smatra da joj je neophodna stalna kontrola muškaraca (Davis-Floyd, 2001: S6).“ Dakle, s obzirom na to da se za normativni ideal uzima telesno stanje odraslog muškarca, za koga su velike telesne varijacije po pravilu izraz bolesti ili neke druge disfunkcije, velike promene u izgledu, procesima i funkcionalnosti tela koje su uobičajene za rano i kasno doba života, kao i za ženska reproduktivna stanja tokom odraslog doba se lako tumače iz paradigme „bolesti“ tj. lako se patologizuju¹⁴. Žensko telo svakako jeste mašina, ali ono je mašina *inherentno* i *nepredvidivo podložna kvarenju* i smetnjama u funkcionisanju, što nosi neizbežne posledice po način kako će to telo biti tretirano i regulisano (Chadwick, 2006; Kukla, 2005)¹⁵.

Alternativni model

Kritika koja se javila od šezdesetih godina praćena je i zagovaranjem alternativnog modela porođaja, u čijem centru je bila ideja *prirodnosti*. Model je bio izrazito *neintervencionistički* i predstavljao je direktnu alternativu medicinskom modelu porođaja

¹⁴ Zbog ekstremnog odstupanja od muškog prototipa, specifično ženske anatomske odlike kao što su materica, jajnici i grudi, i specifično ženski biološki procesi kao što su menstruacija, trudnoća, porođaj i menopauza, viđeni su kao inherentno podložni disfunkciji (Davies-Floyd, 1994: 1126)“.

¹⁵ Zanimljivo je da ovo razumevanje uobičajenih ženskih reproduktivnih stanja kao patoloških u najnovije doba dobija poseban oblik. Medicinski antropolog Džozef Damit smatra da je od devedesetih godina došlo do smene modela zdravlja i bolesti (Dumit, 2012). Tokom 20. veka dominantni model bio je onaj koji je ljude prepoznavao kao inherentno zdrave, a bolest se predstavljala kao napad na organizam. Telo se tada bori protiv nekog stranog agenta koji dolazi od spolja i to izaziva simptome, a medicina pokušava da telu pomogne u ovoj borbi. Novi model podrazumeva da je organizam inherentno bolestan ili pod rizikom i da je zato neophodno stalno medicinsko praćenje i razne metode održavanja stanja niskog rizika ili stanja remisije. Ovaj model je prisutan i u javnom i u medicinskom/ farmaceutskom kontekstu, ali i u načinu na koji ljudi sebi predstavljaju svoje stanje. Takođe, javlja se u vezi sa veoma različitim (potencijalnim) simptomima i poremećajima – od nivoa holesterola ili šećera u krvi do mentalnih bolesti poput depresije, a veoma lako ga je prepoznati i u načinu na koji medicina tretira trudnoću. Trudnoća se i od strane lekara i od strane samih žena opaža kao rizična i postoje farmakološka sredstva koja služe preventivnom smanjenju rizika (hormonski lekovi i suplementi). Žene su takođe suočene sa mnoštvom testova tokom trudnoće i svaki od testova je definisan nekim pragom koji, ukoliko se pređe, implicira dalje testove ili intervencije. Paradigmatičan primer je dabl test koji čini nezaobilazan deo skrininga na genetske anomalije. Ti pragovi su determinisani različitim kontigencijama u zdravstvenom sistemu, ali oni, na osnovu statističkih procena, određuju ko će biti označen kao bolestan ili rizičan, a ko ne.

čije standarde su definisali Džozef B. Deli i njegove kolege. Opis Šejle Kicindžer (Sheila Kitzinger) predstavlja savršen primer toga kako je alternativni porođaj zamišljan: „Žena je potpuno apsorbovana onim što doživljava; ništa drugo nije važno, ništa je ne može poremetiti. Kao da se povukla u svoj zatvoreni krug. Tačno zna šta da radi, nisu joj potrebne instrukcije, jer je potpuno usaglašena sa svojim telom i sa energijom koja u talasima prolazi kroz nju sa dolazećim i odlazećim porivom da izgura dete napolje (Kitzinger, 1984; prema Akrich & Pasveer, 1998: 109).“

Period između šezdesetih i osamdesetih predstavlja doba najveće slave pokreta za tzv. prirodni porođaj, čiji se program u velikoj meri zasnivao na idejama engleskog akušera iz prve polovine dvadesetog veka, Grentlija Dik-Rida (Grantly Dick-Read). U centru Dik-Ridove pažnje bio je nepodnošljiv bol koji „civilizovane žene“ osećaju na porođaju, odnosno farmakološko rešenje ovog problema, koje predviđa medicinski model. Dik-Rid je tvrdio da je upravo „civilizovanost“¹⁶ razlog što savremene žene porođaj boli i da se „primitivne žene“ nisu suočavale sa ovim problemom. Zapravo, razlika među njima se nije sastojala jedino u doživljaju bola. „Primitivna“ žena nije poznavala gotovo nijedan problem sa kojim se na porođaju suočava „civilizovana“ žena: „[Nju su] retko mučila anksioznost ili otrovna stanja. Ni nelagoda ni bolest skoro nikad ih ne sprečavaju da nastave da rade na onome na čemu obično rade. Primitivna žena zna da se neće mučiti kad se njeno dete bude rađalo. Ona zna da će ono biti malo i zdravo i da se neće susresti sa deformitetom kostiju kao posledicom rahitisa i rđavim navikama tokom detinjstva. Prirodni porođaj je sve što ona traži; u njoj nema straha; nema babica da kvare prirodni proces; ona nema znanja o tragedijama sepse, infekcijama i krvarenju. To što je zatrudnela je njena radost; krajnji ishod tog začeca je njena ambicija. Naposljetku, verovatno dok se još uvek nalazi na poslu, porođaj počinje... Postoji nesumnjiv osećaj zadovoljstva kada oseti prve simptome i dočeka nestrpljivo iščekivane nagoveštaje da dete dolazi... odlazi na izolovano mesto u žbunju i tiho i neometano strpljivo čeka (Dick-Read, 1943; prema Caton, 1999: 175).“

Medicina poznaje jedino farmakološki način izlaženja na kraj sa problemom bola na porođaju, koji je decenijama isključivo podrazumevao da „civilizovana žena“ ne može da

¹⁶ Dik-Rid u ključne uticaje civilizacije ubraja religijsko učenje o bolu kao kazni za greh, viktorijansko obavljanje seksualnosti velom diskrecije, rasprostranjenost neistina o tome da porođaj mora da boli, na kraju i to što se u literaturi preuveličava bol koji civilizovane žene *de facto* osećaju (Caton, 1999).

prođe kroz porođajni proces „budna i svesna“ (Beckett, 2005: 253). Medicinski način, međutim, podrazumeva samo lečenje simptoma, a moguće je delovati na sam uzrok simptoma. Sve što je potrebno jeste to da se izađe na kraj sa strahom koji je ženi usadila civilizacija: „Ako strah bude eliminisan, bol će prestati“ (Dick-Read, 1944: 19, citirano prema Rothman et al., 2007 : 22).

Pristalice prirodnog porođaja ne samo da tvrde da prolazak kroz porođaj ne mora i ne treba da bude zastrašujuće iskustvo za ženu, nego može i treba da bude osnažujuće iskustvo. Kako Barbara Kac Rotman kaže: „Porođaj *znači*. (...) Porođaj ima značaj u oblikovanju ženinog doživljaja sebe, njenog sopstvenog tela, njene seksualnosti, ali takođe i odnosa sa drugima“ (Rothman et al., 2007: XVI). Babice svoj poziv biraju, prema njoj, upravo iz „strahopoštovanja prema ženi koja rađa“ (ibid. XVII). Ipak, da bi mogla da iskusi osnažujuću moć porođaja, žena mora da povrati centralno mesto u svom reproduktivnom iskustvu. Ključni uslov jeste da se „raskrsti sa akušerskom praksom“ i da se porođaj izmesti iz bolničkog okruženja. Zapravo je dehospitalizacija preduslov da se izbegne akušerski pristup. Govoreći o nemogućnosti primene svog „babičkog modela“ porođaja Rotmanova kaže: „Okruženje – mesto, lokacija – su važni. Razlike između medicinskog i babičkog modela porođaja nisu samo u „stavovima“ i skupu uputstava za praksu. U različitim okruženjima proizvode se različita tela znanja. (...) A bolnice su okruženja u kojima medicina postavlja pravila (Rothman et al., 2007: XX).“

Model alternativnog porođaja podrazumevao je, dakle, porođaj kod kuće kome bi, umesto akušera prisustvovala babica, čiji bi zadatak bio da svojim nenametljivim prisustvom omogući ženi da rodi oslanjajući se na svoje *prirodne kompetencije*.

Dakle, poput „primitivne žene“ u opisima Dik-Rida i savremene žene koja je izabrala prirodni porođaja iz opisa Šejle Kicindžer, i žena o kojoj govori Barbara Rotman „tačno zna šta radi“, iako nema specijalno znanje o načinu na koji se vrši porođaj. Njoj nikakvo „znanje da“ nije ni potrebno zato što vlada superiornim urođenim „znanjem kako“. Ona nema nijedan razlog da sumnja u sebe i da zazire od porođaja. Njena stanja i doživljaji su samo njoj dostupni i ne oslanjaju se ni na šta drugo iz okruženja. Ona je jedini ekspert za ono što joj se dešava, i to ekspert koji instinktivno dobro poznaje taj prirodni proces koji se odvija u njenom telu i ume savršeno spontano da reaguje na njega. Ovakva predstava žene kao

subjekta višestruko je problematična i završni deo ovog poglavlja posvetićemo kritičkoj analizi pretpostavki koje stoje u osnovi upravo opisanog alternativnog modela i koje određuju nedvosmisleno negativnu sliku uloge medicinske tehnologije u ženskoj reprodukciji.

Kritika kritike: izmenjen pristup odnosu subjektivnosti i tehnologije

Ono što je odredilo odnos prema ulozi medicine i tehnologije kroz istoriju feminizma jeste pre svega način na koji su reproduktivni procesi bili koncipirani. Na početku drugog talasa feminizma, u kome značajno mesto zauzimaju pitanja reproduktivnih prava žena i kontrole rađanja, feministkinje trudnoću i materinstvo vide kao primarni faktor u opresiji žena i značajno polje političke borbe. Simon de Bovoar (1982, 1983) pokušava da denaturalizuje trudnoću i majčinstvo i da distancira ženu od njene reproduktivne uloge, kako bi otvorila prostor za konceptualizovanje ženske subjektivnosti van patrijarhalnog diskursa (tj. uprkos njemu). Ona eksplicitno shvata reprodukciju kao biološki proces, stvar vrste, ali njen teorijski postupak i diskurzivne strategije pokazuju kako je moguće prirodu koncipirati ne samo kao normalnu ili produktivnu, već i kao invazivnu, zarobljavajuću, kastrativnu (Zerilli, 1992). Trudnoća je opisana kao proces koji neizostavno vodi otuđenju: „Noseći u sebi nešto drugo, koje se hrani njenom supstancijom, ženka je za čitavo vreme trudnoće istovremeno i ona sama i nešto drugo nego što je ona (de Bovoar, 1982: 46).“ Ali nije otuđujući i opresivni ishod povezan samo sa trudnoćom, on se odnosi i na druge reproduktivne procese: „Sam porođaj je bolan. On je i opasan. U toj krizi najočevidnije je da telo ne zadovoljava uvek i vrstu i jedinku. (...) Dojenje je takođe iscrpljujuće ropstvo. (...) Istina je da [žena] u sebi nose jedan neprijateljski elemenat: vrsta ih nagriza (ibid: 54-55).“ Kao posledica toga, žena je „od puberteta do menopauze središte jedne istorije koja se u njoj odvija a koja se lično nje ne tiče (ibid: 52).“

Ovakva konceptualizacija reproduktivnih procesa kao inherentno opresivnih i otuđujućih vodila je prepoznavanju medicine i tehnologije kao oruđa koje ženama mogu da

pomognu da prevaziđu potčinjenost vrsti i izbegnu žrtve koje to sa sobom nosi¹⁷: „Prirodno, sukob između interesa ženske jedinke i interesa vrste tako je oštar da često povlači za sobom smrt ili majke ili deteta: humanim posredovanjem medicine, hirurgije, znatno je smanjen broj – čak su i otklonjeni – nesrećnih slučajeva koji su još nedavno bili tako česti. Metodi anestezije su na putu da opovrgnu biblijsku tvrdnju: 'Porodićeš se u mukama' (...) (de Bovoar, 1983: 339).“

U vezi sa tim, umesno je podsetiti da feministička reakcija na uslove porađanja sedamdesetih i osamdesetih godina zapravo nije prva takva reakcija u istoriji. Ona predstavlja, prema Ketrin Beket, drugi talas feminističkog aktivizma usmerenog specifično na pitanja reprodukcije (Beckett, 2005). Do prethodne mobilizacije došlo je još u prvoj polovini dvadesetog veka, najpre u Americi, a zatim i nešto kasnije u Engleskoj. Ona je bila usmerena na borbu za pravo na olakšanje bola, koje je trebalo da bude ostvareno upravo *oslanjanjem na medicinsku tehnologiju*. Neposredan povod za ovu reakciju bio je pojava novog anestetičkog metoda, poznatog pod imenom „Twilight Sleep“¹⁸. Američke feministkinje koje su imale priliku da posete Frajburg i upoznaju se sa novom tehnologijom iz prve ruke „slavile su *Twilight Sleep* kao trijumf tehnologije“ (ibid: 253) i videle su je kao nešto što omogućava preuzimanje kontrole nad porođajnim procesom¹⁹.

U svakom slučaju, kritičkim potezom Simon de Bovoar otvoren je prostor za koncipiranje ženske subjektivnosti nezavisno od patrijarhalnog diskursa prirodnog materinstva i ovaj prostor je mogao da bude naseljen različitim (pa i sasvim suprotnim) teorijskim i političkim strategijama. Jedna struja feminističkih autorki sledila je put daljeg distanciranja žene od njenih reproduktivnih kapaciteta i koncipiranja njene prirode kao

¹⁷ Iako, je „ženka žrtva vrste“ (de Bovoar, 1982: 45), ta potčinjenost nije uslovljena biologijom, već društvenim normama, praksama i značenjima koji se reprodukciji pridaju: „Nemoguće je apstraktno meriti obavezu koja za ženu znači generativna funkcija. (...) O tome jedino društvo može da odluči (ibid: 60).“

¹⁸ „Twilight Sleep“ je neformalno ime za anestetički metod koji je podrazumevao upotrebu kombinacije skopolamina i morfijuma. Ova kombinacija došla je na mesto etar i hloroforma, anestetičkih sredstava koja su do tada bila u upotrebi. I etar i hloroform bili su poznati po svojim štetnim efektima i njihova upotreba na porođaju bila je u ovo vreme već uveliko kritikovana. Obe supstance su usporavale porođaj, etar je iritirao pluća, a hloroform je imao loše dejstvo na jetru i dovoljno često dovodio do iznenadne smrti. Obe su iziskivale pažljivo i umešno rukovanje u vreme kada je bilo malo stručnjaka koji su mogli to da garantuju. Skopolamin se pojavio nakon nebrojanih pokušaja da se pronađe alternativa etru i hloroformu (Caton, 1999: 135).

¹⁹ Njihova reakcija bila je izazvana sporom i suzdržanom reakcijom američkih lekara na pojavu skopolamina. Lekari su optuženi da odbijaju *Twilight Sleep* iz konzervativnih ubeđenja i samo zato što ga promovišu pacijentkinje, a ne sami lekari i zato što su indiferentni prema bolu koji žene osećaju na porođaju (Caton, 1999: 132-143).

nespecifične tj. nerazličite u odnosu na mušku i na ovoj nerazličitosti zasnivala je projekat političke ravnopravnosti između žena i muškaraca. One su smatrale da su žene „najefektivnije učutkane njihovom asocijacijom sa materinstvom“, da „majčinsko telo služi kao mesto ženine radikalne tišine (Walker, 1998: 1).“

Druga struja je, sasvim suprotno tome, u denaturalizaciji i distanciranju koji je izvršila Simon de Bovoar videla priliku za afirmaciju ženskih reproduktivnih moći i majčinstva kao ličnog i političkog kapaciteta na koji mogu da se oslone feministička teorija i aktivizam (Rich, 1986; Young, 2005; Zerilli, 1992). Ova afirmacija bila bi nemoguća unutar teorijskog i političkog prostora u kome patrijarhalni diskurs o prirodnom materinstvu ima hegemoniju, jer bi ta afirmacija ovaj diskurs samo reprodukovala. Tako nakon talasa neproblematično i nedvosmisleno kritičkog razumevanja reproduktivnih stanja poput trudnoće i porođaja, pojavljuju se glasovi koji u afirmativnom tonu pokušavaju da ova stanja prepoznaju kroz pretežno fenomenološku prizmu. Reafirmacija trudnoće i majčinstva postaje jedan od ciljeva feminističke teorije kroz repozicioniranje žena kao subjekata sopstvenog iskustva u trudnoći i materinstvu (O'Reilly, 2004; Rich, 1986; Young, 2005). Teži se transformaciji jedne patrijarhalne institucije u nagrađujuće i osnažujuće iskustvo za žene. Autorke iz ove struje majčinstvo vide kao priliku za individualizaciju i kreativnost svake pojedinačne žene i kao ono što žene ne samo razlikuje od muškaraca, već ih i stavlja u privilegovaniju poziciju u odnosu na njih²⁰.

Polazeći od ovakve konceptualizacije reproduktivnih kapaciteta feministički pristup vidi nauku i tehnologiju kao mesta rodno zasnovane diskriminacije koja se odvija putem maskuline epistemologije naučnog znanja koja pretvara ženska tela u objekte saznanja i eksperimentisanja u ime podređivanja patrijarhalnom sistemu (Cussins, 1996). Medikalizacija, mehanizacija i tehnologizacija vođenja trudnoće i porođaja vide se kao sredstva za povećanje efikasnosti i veću kontrola „proizvodnje beba“ (majke su mašine za

²⁰ Sledeći citat Julije Kristeve je ilustrativan za ovu vrstu stava: „Bez sumnje manje narcisoidne nego što se misli, a u svakom slučaju manje narcisoidne od muškaraca, žene su od samog početka života u odnosu sa drugim. Za njih živeti znači živeti za drugog, čak i onda, naročito onda, kada je to nemoguće i traumatično. Ne samo što se žene ne zatvaraju u opsesivne palate čiste misli nego je za njih mišljenje nerazlučivo od telesne čulnosti. Za žene je metafizička dihotomija telo-duša neodrživa: one opisuju mišljenje kao fizičko blaženstvo: eros i agape su za njih nerazdvojni. Neizbežno zabrinute zbog konačnosti, ali bez opsesivnih misli o smrti koja se približava, žene svoj doživljaj prolaznosti obogaćuju smirenošću čiji je izvor čudesni čin rađanja, taj čudesni procvat (Kristeva, 2011: 62-63).“

reprodukciju stanovništva, budućih radnika, u tome leži njihov politički potencijal i tržišni značaj). Smatra se da takvo postupanje ne samo da doprinosi rodnoj neravnopravnosti, već i direktno ugrožava zdravlje i dobrobit žena (Lorentzen, 2008; Oakley, 1979), o čemu je već detaljno bilo reči u prethodnom odeljku. Feminističke kritike tiču se kako karaktera medicinskog znanja (Hubbard, 1997), tako i medicinskih praksi i protokola (Davis-Floyd, 2001; Stewart, 2004; Treichler, 1990; Turkel, 1995). Dakle, medicinska tehnologija se nedvosmisleno postavlja naspram domena subjektivnog.

Ono što zagovornici ideje prirodnog porođaja i mnoge upravo spomenute autorke iz drugog talasa feminizma dele jeste jedna određena predstava žene kao subjekta. Za tu predstavu značajno je izjednačavanje autentičnog ženskog iskustva sa *neposredovanim* iskustvom i *intutivnim* znanjem o procesima koji se u njenom telu odvijaju. Ova predstava je, takođe, često povezana sa nostalgijom za prošlim istorijskim periodom, tj. sa projekcijom idealizovane situacije u kojoj su trudnoća i porođaj tretirani kao prirodni procesi koji su mogli da se odvijaju spontano, bez intervencija i spoljašnjih regulacija, isključivo uz oslanjanje na otelovljeno iskustvo žene (Duden 1993; Ehrenreich & English, 2005; McTavish, 2005; Squier 1996;). Dakle, tvrdi se da je u savremenoj situaciji došlo do toga da se prirodni i spontani tok trudnoće i porođaja kroz koji su nekadašnje generacije žena prolazile kao otelovljeni agenti i samostalni autoriteti (autoritet je eventualno bio deljen sa drugim ženama, bobicama, koje su im asistirale) preuzme, otuđi, i poveže sa opresivnim maskulinim praksama institucionalizovane medicine.

Nemačka istoričarka, Barbara Duden, piše da se potvrda o tome da je žena trudna sve do kasnijeg modernog doba dobijala pre svega na osnovu toga što žena uspeva da oseti pokrete ploda u stomaku (Duden, 1993). Tako su žene bile ovlašćene da dijagnostifikuju i javno objave svoju trudnoću i to *na osnovu svog otelovljenog iskustva*: „Bilo je to vreme kada su žene osećale prve pokrete bebe (eng. *quickened*); uzimalo se zdravo za gotovo to da žene imaju ovu vrstu iskustva, da mogu da ga objave i da na taj način uspostave trudnoću kao činjenicu (ibid: 79).“ Od trenutka kada se beba pomeri u stomaku i trudna žena saopšti drugima šta je osetila, njen socijalni status se menja, a njeno iskustvo se uzima kao jedina i dovoljna potvrda te nove realnosti – trudnoće. Autorka zaključuje da je trudnoća nekada

bila „javno prepoznato, haptičko stanje žene o kome je moglo da se zna samo na osnovu njenog sopstvenog svedočanstva (ibid: 83).“ Nasuprot ovoj slici, danas je proces dolaženja do potvrde o trudnoći sasvim odvojen od ženske agencnosti i iskustva, jer je on povezan sa nizom objektivnih indikatora koje utvrđuje lekar posredstvom medicinskih procedura i tehnika (test na trudnoću kupljen u apoteci, ultrazvuk, analiza hormona iz krvi).

Pre svega, slika prošlosti koju Dudenova nudi istorijski je neutemeljena. Autori koji se bave istorijom medicinskog znanja i praksi premodernog i ranog modernog perioda smatraju da teško možemo reći da je postojala samo jedna vrsta autoritativnog znanja koje se ticalo trudnoće i porođaja (Green, 2008a, 2008b; McClive, 2002). Tako iskustvo žene nije imalo neproblematičan status prilikom utvrđivanja trudnoće²¹. Ženama se nije verovalo, jer „žensko telo skriva 'istine' na načine na koje muško telo to ne čini, a trudnoća je jedan primer ovoga“ (McClive, 2002: 211). Dakle, postojala je velika šansa da će narativ žene biti doveden u pitanje ili da će biti prihvaćen sa nepoverenjem. To da je slika koju Dudenova nudi istorijski problematična može se zaključiti čak i iz prethodnih radova same autorke u kojima ona navodi mnogobrojne primere toga da lekar dovodi u pitanje ženinu interpretaciju sopstvenog stanja i na nju gleda sa nepoverenjem. Ona čak zaključuje: „Za one koji gledaju spolja – doktora, porodicu, komšije, sveštenika – istina skrivena iza velikog stomaka izlazi na svetlost dana tek sa porođajem (Duden, 1991: 160).“ Čak i kompetencija da se adekvatno proceni da li se plod pomera (a time i da li je u pitanju trudnoća ili ne) nije bila isključiva privilegija žene, već se smatrala i aspektom babičke i akušerske ekspertize. To je jasno na osnovu reči Luj Buržoa (Louise Bourgeois), poznate francuske babice iz ranog 17. veka: „Procena ovih pokreta ne predstavlja problem za one babice koje znaju svoj posao (citirano prema McClive, 2002: 215).“ To svakako postavlja pitanje nadležnosti nad znanjem koja ne može nedvosmisleno i isključivo da bude pripisana ženama.

Ipak, predstava žene kao jedine koja ima autentično i neposredno znanje o reproduktivnim procesima koji se odvijaju u njenom telu i intuitivne kompetencije za postupanje tokom tih procesa ne oslanja se prvenstveno na (neutemeljene) istorijske

²¹ Još Hipokrit je u delu „O bolestima žena“ tvrdio da je ženske bolesti posebno teško prepoznati, jer iskustvo o njima imaju samo žene, a one ne uspevaju da razumeju da nešto nije u redu sa njima (i šta nije u redu sa njima), pa pomoć često traže prekasno (King 2007). Još tada se javlja sumnja u žensko iskustvo i ono se ne smatra autoritativnim – žena se ne smatra pouzdanim svedokom svog stanja. Dakle, nepoverenje u otelovljeno iskustvo žene ima daleko dužu istoriju od početka modernog doba.

argumente. Bez ikakvog pozivanja na idealizovanu sliku prošlosti, Iris Marion Jang tvrdi da je ženino iskustvo trudnoće i porođaja danas otuđeno, jer medicinska tehnologija „objektifikuje unutrašnje procese na takav način da obezvređuje ženino iskustvo tih procesa“, kao i zato što organizacija medicinskog konteksta „umanjuje njenu kontrolu nad sopstvenim iskustvom“ (Young, 2005: 55-56). Dakle, ukoliko želimo da se sa ovom predstavom razračunamo, nije dovoljno da ukažemo na to da ni nekada odvijanje trudnoće i porođaja nije bilo neposredovano i neregulisano, već i na to da su različiti vidovi posredovanog i regulisanog odvijanja ovih procesa u savremenom dobu neotuđujući, čak potencijalno osnažujući za žene. U ovom istraživanju, na osnovu analize trudničkog i porođajnog iskustva žena, pokušaću da pokažem da, za razliku od predstave o tehnološki posredovanom znanju kao neizostavno otuđujućem jer drugačije pozicionira i oduzima autoritet otelovljenom znanju, zapravo postoji kompleksniji odnos između tehnološki posredovanog i otelovljenog znanja i da je on neizostavno kontekstualno situiran.

Dodatna značajna karakteristika predstave žene kao subjekta koja figurira među kritičarima medicinskog modela jeste uverenje da je jedini način da žena bude agent to da *sama* bude nadležna nad procesima koji joj se dešavaju tj. da bez delegiranja te agensnosti bude autoritet tokom trudnoće i porođaja. Bilo kakvo mešanje i intervenisanje se, kao posledica tog stava, pojavljuju kao nešto što po sebi narušava ženin autoritet nad procesom i ugrožava njenju agensnost. Ne ostavlja se mogućnost da se žena kao agent oslanja na medicinske tehnike ili druge ljude, da izvrši apropijaciju okvira u kome se npr. njen porođaj odvija i delegira autoritet medicinskom osoblju.

Afirmacija prirodnog porođaja kao porođaja koji ženi vraća ulogu u njenom sopstvenom iskustvu prolaska kroz ovaj proces implicira da pod *artificijelnim* uslovima žena ne može da ima centralnu ulogu. Kritički pristup iz sedamdesetih i osamdesetih godina podrazumevao je da su žene neizostavno pozicionirane kao nemoćne i pasivne pred tehnokratskom i patrijarhalnom institucijom biomedicine i da je jedina mogućnost da budu agenti to da budu izmeštene iz ovog konteksta. Od devedesetih godina dolazi do značajne promene u istraživačkom pristupu problemu odnosa žena prema medicinskom modelu i upotrebi tehnologije u reprodukciji. Pojavljuju se studije koje pokazuju da određeni, ne

mali, broj žena doživljava prolazak kroz savremeni visokotehnologizovani medicinski porođaj kao osnažujuće iskustvo (Davis-Floyd, 1994). Tvrditi da je ovako nešto moguće isključivo pod pretpostavkom da žena porođaju pristupi iz muške perspektive znači esencijalizovati žensku perspektivu (Beckett, 2005), što je u savremenom feminizmu žestoko kritikovano.

Ono što je stajalo na putu rekonceptualizacije odnosa između žena i medicinske tehnologije bila je stereotipna reprezentacija žene u biomedicinskoj paradigmi koja je podrazumevala ženu kao pasivnog recipijenta nege, a medicinsku tehnologiju i kompetencije lekara kao aktere koji omogućavaju ženi nešto što van institucije ne bi bilo moguće – zdravu trudnoću, neoštećeno dete, bezbedan porođaj. To je narativni obrazac progresa i smanjenja rizika koji smo komentarisali na početku prethodnog odeljka. Sa druge strane, protivnice medicine i reproduktivnih tehnologija lekare i medicinske prakse vide kao nešto što ženu objektivizuje i ugrožava. Karis Tomson (Thompson, 2005) smatra da obe reprezentacije pozicioniraju ženu kao pasivnog aktera – bez obira na to da li je ona neko ko je spašen ili neko ko je viktimizovan. Ona tvrdi da često dobijamo drugačiju sliku kada pratimo narative samih žena koje iz susreta sa tehnologijom ne izlaze ni kao spašene ni kao žrtve, osim u posebnim okolnostima (koje će u ovom radu biti empirijski ispitane).

Tokom poslednje dve decenije primetan je izvestan okret ka teoretisanju koje, iako ne zagovara tehnološki optimizam, ipak nije ni tehnofobno. Počinje da se uvažava kompleksnost naučno-tehnoloških praksi, pojedinačnih interesa, situiranih društvenih odnosa i diferenciranije se pristupa i teorijskim i etičkim dilemama, kao i političkim pitanjima agensnosti i otpora u vezi sa reprodukcijom (Akrich & Pasveer, 2000; Haraway, 1991a; Lock et al, 2000; Thompson, 2005; Wilson, 1998). Ono što stoji u osnovi drugačijeg pristupa tehnologiji, i pokušaja da se odnos između subjektivnosti i tehnologije empirijski opiše, jeste izmenjena teorija i subjekta i tela i tehnologije koji se više ne posmatraju kao neke date, koherentne i dobro individuirane celine, već kao kompleksne konstelacije koje su lokalno situirane i koje se mogu samo empirijski opisati. Ovaj rad nastojaće da sledi tu liniju istraživanja i mišljenja i ona će u narednom odeljku biti dodatno specifikovana.

Situiranost i distribuiranost subjekata i tehnologije

„So there are multiplicities. There are multiple distributions of subjects and multiple distributions of objects. And these distributions overlap.” (Law, 2002: 65)

Politički projekti usmereni na subjekte uglavnom se tiču borbe za očuvanje njihove celovitosti i integriteta koji se vide kao njihove primarne karakteristike. Kritike savremene medicine često se odnose na to što ona ugrožava jedinstvo pacijenta, komada ga, izoluje njegove organe i redukuje ga samo na pojedine funkcije i mehanizme. Ipak, celovitog pacijenta je moguće posmatrati samo kao normativni standard, a ne kao neproblematičnu datost sa kojom se izlazi pred medicinu i ulazi u lečenje. Predstava celovite individue pripada samo jednoj posebnoj, mada dominantnoj, slici humaniteta (Berg & Mol, 1998). Unapred kritikovati ili braniti medicinsku tehnologiju podrazumeva razdvojenost i stabilnost subjekta i tehnologije kao polazne tačke, a ovo je upravo stav koji je u savremenim pristupima kritikovan i podvrgnut ispitivanju.

Kao odraz ovog generalnog kritičkog stava prema tehnologiji, reproduktivne tehnike se kritikuju jer vrše „invaziju“ na ženska tela, intervenišu na njima i redukuju ih na biološko okruženje fetusa koji se postulira kao subjekt (Ginsburg & Rapp, 1991). Iako je ovo moćna politička strategija za feministkinje koje se bore za reproduktivna prava žena, autorke poput Done Haravej upozoravaju da je postuliranje celovitosti i integriteta kako tela tako i subjekata veoma problematično, jer počiva na pretpostavci da su to univerzalne aistorijske kategorije, što ozbiljno dovodi u pitanje bilo kakve političke projekte koji bi na njih mogli da budu usmereni (Berg & Akrich, 2004).

Od poststrukturalizma, pre svega zahvaljujući Fukoovim radovima, ideja da je osoba, pojedinac, neka data aistorijska kategorija, postala je krajnje problematična: „Politička moć se ne kači za ono što možemo nazvati pojedincem; ono što treba zvati pojedincem je proizvedena posledica, rezultat prikopčavanja, preko tehnika koje sam vam naznačio, političke moći na somatsku pojedinačnost (Fuko, 2005: 83).“ Dakle, režimi moći i institucionalne prakse su produktivne, one konstituišu ono što prepoznajemo kao subjekta. Ovakav stav nosi značajne političke posledice, jer problematizuje pristup po kom one mogu da budu kritikovane i odbacivane na osnovu toga što ugrožavaju neke inherentne osobine i

garantovana prava tom subjektu koji je konstituisan tek kroz njihovo delovanje. Fuko to savršeno jasno artikuliše: „Ne treba, dakle, tražiti ukidanje hijerarhija, prisila, zabrana, da bi se istakao pojedinac, kao da je pojedinac nešto što postoji u svim odnosima moći, što prethodi odnosima moći i koga odnosi moći nepravedno opterećuju. U stvari, pojedinac je rezultat nečeg što je postojalo pre njega a što čini ovaj mehanizam, sve postupke koji političku moć kače za telo. Zato što je telo bilo „subjektivizovano“, to jest zato što se funkcija-subjekt na njemu ustalila, zato što je psihologizovano, zato što je normalizovano; zbog toga se pojavilo nešto kao pojedinac, povodom čega se može razgovarati, mogu se držati diskursi, preduzimati pokušaji za osnivanje nauka (ibid: 84).“ Ono što važi za subjekta, važi i za telo, koje je takođe konstituisano tek kroz režime i prakse unutar različitih institucionalnih i disciplinarnih okvira: „(...) tela se pojavljuju, istrajavaju, žive samo unutar produktivnih prisila izvesnih izrazito rodno određenih regulativnih shema (Batler, 2001:11).“

Mnogi savremeni autori koji slede Fukoa, usmereni su na produktivnu stranu diskurzivnih i institucionalnih praksi koje konstituišu tela i subjekte, ali ovu perspektivu dopunjuju i sa dva nova momenta (Lock et al., 2000: 11-12). Kao prvo, istraživači teže da uključe i iskustva onih nad kojima se tehnike sprovode, jer njih vide ne kao pasivne primaocice, već kao nekog ko može aktivno da se odnosi prema medicinskoj tehnologiji (Akrich & Pasveer, 2000; Thompson, 2005). Dakle, naglašava se individualna agensnost naspram tehnološke manipulacije subjekata i podrazumeva se da plan individualnog iskustva i ponašanja nije prosta replika diskurzivnih obrazaca i praksi sa višeg nivoa. Ova tendencija već je komentarisana. Politička posledica toga je da se za mogućnostima za otpor i subverziju traga na najnižem mikrosocijalnom nivou²². Druga novina je prepoznavanje toga da i objekti tj. ne-humani akteri imaju agensnost i učestvuju u

²² Bruno Latour, na primer, ukazuje na to da pojmovi za koje se uobičajeno smatra da imaju najveći kritički i politički potencijal (moć, struktura, Imperija) zapravo onemogućavaju bilo kakvu stvarnu političku akciju jer referiraju na nešto što je u principu neodređeno, nedostižno i sveprisutno: „(...) ako moraš da se boriš protiv sile koja je nevidljiva, neuhvatljiva, sveprisutna i totalna, bićeš nemoćna i neminovno poražena. Samo ako su sile sačinjene od manjih spona, čija otpornost može da bude preispitana ponaosob, mogla bi da se nađeš u prilici da izmeniš postojeće stanje (Latour, 2005: 250).“ Alternativni pristup je utoliko u prednosti, jer se kreće u lokalnim okvirima i teži da ocrta konkretne veze koje dovode do nekih efekata, pa samim tim situacija postaje dostupna transformisanju.

produkciji znanja i praksi, što stoji u osnovi pristupa poznatog kao teorija aktera-mreže koji je veoma uticajan u ovoj struji (Latour, 1991; 1994; 1999).

Ova promjenjena perspektiva u teoretisanju i istraživanju omogućava rekonceptualizaciju i subjekata i tehnologije i otvara prostor da se njihov odnos empirijski ispituje, što vodi različitim, kontekstualno uslovljenim, ishodima.

Pozicija ovog istraživanja

U radu ćemo slediti poziciju savremenih autora koji smatraju da ne postoji neka pasivna realnost tela, odnosno, u slučaju ovog istraživanja, realnost otelovljenog iskustva, koja prethodni susretu sa medicinskim praksama i tehnikama, ali da ta realnost nije ni samo produkt ovih praksi i tehnika (Akrich & Pasveer, 2004; Berg & Akrich, 2004; Lock et al. 2000; Mol, 2002; Thompson, 2005). Konkretni zadatak koji se pred ovo istraživanje postavlja jeste da prati proces interakcije i ko-konstruisanja različitih modaliteta iskustva (otelovljenog i na različite načine tehnološki posredovanog), kao i ishode za subjekta kojima taj proces vodi. Krenućemo, dakle, od pretpostavke da je subjektivno iskustvo oblikovano i transformisano kroz interakciju sa drugim entitetima. Individualni subjekt ne mora da bude redukovan susretom sa tehnologijom, on kroz taj susret može tek da dobije specifične oblike iskustva i prilike za agensnost. U skladu sa tim, u analizi tragaće se za različitim obrascima i modalitetima odnosa subjektivnosti i tehnologije. Odlukom da ne prihvatimo apriornu pretpostavku o tome da medicinska tehnologija i subjektivnost stoje u opoziciji, otvorili smo prostor da taj odnos empirijski ispituujemo. Kako bi tako nešto bilo moguće, neophodno je i subjekta i tehnologiju shvatiti kao kompleksne lokalno situirane konstelacije.

Medicinska tehnologija se ne ispituje *in abstracto*, kao nešto što ima svoje medicinski definisano značenje i svuda je isto, već onako kako se pojavljuje kroz medicinske prakse u konkretnim okolnostima – što podrazumeva procedure, doktor-pacijent relacije, protokole i norme, materijalne karakteristike institucionalnog okruženja itd. Dakle, na medicinsku praksu gledaćemo kao na kompleksnu, heterogenu i kontekstualno određenu, i to na različitim institucionalnim nivoima (Kontopodis et al.,

2011). Ona će podrazumevati mnogostrukost interpretacija brojeva i slika, načina vođenja dijagnostičkih razgovora, kriterijuma za donošenja odluka i praksi intervencije (Berg & Mol, 1998). Ukoliko postoji nekoherencija između različitih medicinskih izvođenja (npr. kliničke slike i rezultata analiza ultrazvuka), u praksi će jedno biti privilegovano u odnosu na drugo (Mol, 2000). Hijerarhija koja se tako uspostavlja nije inherentna nekom sistemu medicinskog znanja već se tiče protokola pojedinačnih institucija, organizacije zdravstvenog sistema, čak i stilova pojedinačnih lekara. Dok su u knjigama različite bolesti, tj. različiti objekti medicinskih disciplina i kliničkog iskustva, često uređeni tako da čine koherentnu celinu, u praksi postoje rupe, konflikti, nekonzistencije²³: „(...) stvarnost u kojoj živimo reprodukuje se kroz mnoštvo praksi. Radikalna posledica toga je da je sama stvarnost višestruka (Mol, 1999: 74).“ Ono što postaje cilj empirijskih istraživanja je identifikovanje svih relevantnih aktera koji su uključeni u medicinsku praksu i određivanje njihovih odnosa, kao i različitih ishoda koji su posledica tih raznolikih modela interakcije. Svakako sa jedne strane imamo pacijenta ili osobu koja odlazi kod lekara. To šta će se pojaviti kao početni imput situacije zavisice od toga koliko pacijent može dobro da opazi sopstvena telesna stanja, koliko može dobro da ih diferencira i zapamti, i koliko uspeva da ih adekvatno verbalizuje i opiše. Sa druge strane imamo lekara koji se ne pojavljuje kao neka dijagnostička mašina, već nosi sa sobom mnogo više od profesionalne uloge – zainteresovanost za pacijente, uključenost i posvećenost, umor, privatne probleme, iskustva sa prethodnim pacijentima, lične preferencije itd. Najneposredniji relevantni kontekst susreta pacijenta i lekara čini konkretna zdravstvena institucija – načini njene organizacije npr. u pogledu dužine radnog vremena i broja pacijenata koje lekar mora da primi po satu, hijerarhije odlučivanja, protoka pacijenata i informacija između različitih specijalista itd. Medicinska znanja i preporučene intervencije se uvek pojavljuju u kontekstu, kroz aktivnost različitih osoba i službi i utoliko su daleko od proste replikacije onoga što se pojavljuje u knjigama²⁴. Uloga medicinske tehnologije nije nezavisna od uloge i

²³ Zanimljivo je da pažljiva analiza otkriva da je čak i u knjigama realnost višestruka. Knjige ne daju uvek jednoznačne smernice – one govore o opsezima rezultata i procentima slučajeva kod kojih se neki simptomi javljaju. Pritom, različiti medicinski udžbenici sadrže različite preporuke. I literatura različite starosti ne govori isto.

²⁴ Kao najnedvosmislenija i najneproblematičnija može nam delovati primena testova koji imaju propisanu pouzdanost. Ali ti testovi se takođe oslanjaju na veoma puno aktera da bi bili adekvatno zadati i pročitani i njihova realna pouzdanost je veoma često daleko ispod te propisane.

agensnosti medicinskog osoblja, od individua na koje se primenjuje ili specifičnosti njihovih tela (Lock et al., 2000: 12). Pacijentov doživljaj je uključen u to kako medicina izvodi (eng. *perform*) njegovo stanje – klinička slika je često neophodan uslov da bilo koja medicinska procedura započne, i njen izgled određuje tok i vrstu te procedure (Mol, 2000). I povratno, odlazak kod lekara i rezultati testova postaju deo doživljaja bolesti kod pacijenta. Ovo ukazuje na složenu interakciju između medicinskih znanja/praksi i subjektivnosti.

Kao što smo rekli, ne želimo samo tehnologiji da pristupimo na situiran način, već i ženi kao subjektu. Međutim, većina autora i istraživanja o kojima je ovde bilo reči potiče iz socio-antropoloških studija nauke i tehnologije (*science and technology studies*), pa su se fenomeni na koje su oni bili usmereni uglavnom ticali tehničkih i naučnih objekata, a ne osoba tj. subjekata. Kao posledica toga, u ovoj oblasti, kao i u teoriji aktera-mreže kao njenom konceptualno-metodološkom jezgru, oslanjanju subjektivnosti na tehnologiju nije posvećeno onoliko pažnje kao oslanjanju nauke i tehnologije na društvene, individualne i političke faktore. To znači da za razliku od „raspakivanja“ (eng. *unblackboxing*) tehnologije, u ovoj oblasti donekle nedostaju adekvatni resursi za „raspakivanje“ subjektivnog iskustva. U pokušaju da ovaj nedostatak nadomestimo, oslonićemo se na fenomenološku perspektivu koja je tradicionalno usmerena na konceptulizaciju i istraživanje ljudskog iskustva.

Ovaj teorijski okvir, koji treba da nam pomogne prilikom empirijske rekonstrukcije trudničkog i porođajnog iskustva, biće detaljno izložen nakon kratkog osvrtu na tretiranje teme trudnoće i porođaja unutar psihologije i ukazivanja na neke novije tendencije koje su u skladu sa pristupom zauzetim u ovom radu.

Teorijsko situiranje

"The body is pregnant with symbolic meanings, deep, intensely charged and often highly contradictory."

Roy Porter (2002: 53)

Tretiranje trudnoće i porođaja u psihologiji

"Psychology has nothing to say about what women are really like, what they need and what they want, especially because psychology does not know."

Naomi Weisstein (1968)

Uvođenje žena u psihologiju

Istraživanja trudnoće i porođaja u psihologiji javljaju se tek poslednjih nekoliko decenija. Ovi fenomeni, u tom pogledu, nisu drugačije tretirani od ostalih specifično ženskih iskustava koja su povezana sa reproduktivnim potencijalnom žena, kao što su menstruacija, dojenje i menopauza. To ne treba da čudi s obzirom na istorijsku androcentričnost psihologije, koja se dugo ogledala u tome što žene po pravilu ni na koji način nisu bile uključene u psihološka istraživanja (Unger, 2001). Tako su, na primer, Marej (Murray) i Olport (Allport) zasnivali svoje psihološke teorije ličnosti polazeći od istraživanja koja su u uzorak uključivala samo muškarce (Marecek, et al., 2003: 252). Osim toga, teorije su formulisane pod uticajem patrijarhalnih predrasuda – normativni model ženskog funkcionisanja bio je definisan iz perspektive belog muškarca iz srednje klase. Odstupanje od ovog modela, koje bi bilo prepoznato u ponašanju žena, pripisivano je biološkim, a ne društvenim faktorima.

Do sistematskog uključivanja žena u psihologiju došlo je tek u drugoj polovini prošlog veka. Veliku ulogu u tome odigrao je program *psihologije žena*²⁵, koja je nastala pod uticajem drugog talasa feminizma (Denmark et al., 2008). Prva istraživanja u ovoj oblasti bila su, pre svega, *korektivnog* tipa. Osnovni zadatak bio je da se pokaže da nema suštinske asimetrije u kognitivnim kapacitetima, emocijama, crtama ličnosti, vrednostima i sklonostima između muškaraca i žena, a da su razlike koje se nekada manifestuju rezultat upravo uticaja društvenih pritisaka na ponašanje žena. U diskriminišućem okruženju patrijarhalnog društva, one su normalna adaptaciona funkcija.

²⁵ Jedan od osnovnih ciljeva psihologije žena bio je uključivanje žena u istraživanja koja pripadaju klasičnim oblastima psihologije – opštoj, razvojnoj, socijalnoj, kliničkoj – što je razlog da se ona posmatra pre kao program istraživanja, a ne kao posebna oblast.

Osamdesetih godina fokus istraživanja premešta se sa poređenja muškaraca i žena na ukazivanje na *specifičnost femininih psihičkih kvaliteta* – na specifično ženske emocije, identitete i potrebe (Marecek, et al., 2003). Umesto da se ukazuje na „jednakost istosti“, ukazuje se na „jednakost različitosti“ žena i muškaraca (DiQuinzio, 1999). Cilj je da se prevrednuju upravo oni karakteristike žena koje su bile zanemarivane, odbačene ili su smatrane znakovima slabosti i manje vrednosti. Ovaj zaokret je omogućio da tema postanu i iskustva žena u vezi sa njihovim reproduktivnim kapacitetima.

Opresija žena je i istorijski i kros-kulturalno bila povezana sa reproduktivnim funkcijama ženskog tela. Sve do kraja 19. veka smatralo se da bi promena uloge koju žena zauzima u društvu – koja bi podrazumevala bolju obrazovanost, veću ekonomsku nezavisnost, širi raspon profesionalnih i životnih izbora, veću političku moć – ugrožavala ono što ženu suštinski definiše, a to je njen reproduktivni potencijal²⁶. One bi time ugrozile ne samo sebe kao individue – jer bi nakon što kompromituju svoju osnovnu funkciju imale teškoća da uopšte pronađu identitet i psihičko zdravlje, već bi i opstanak društva bio u opasnosti. Zbog toga je bavljenje reproduktivnom funkcijom žene, i u teorijskom i u političkom smislu, bilo relevantno za feminizam od samog početka tj. smatralo se neophodnim za definisanje bilo kakvih političkih projekata usmerenih na emancipaciju žena. Ipak, bavljenje reproduktivnim kapacitetima po stavovima nekih savremenih feministkinja (pripadnica tzv. trećeg talasa) može se smatrati problematičnim, jer potvrđuje uverenja o različitosti žena u odnosu na muškarce, čak implicira da su te razlike biološke prirode (Wilson, 1998).

Ipak, činjenica je da je psihologija veoma dugo ignorisala i obezvređivala specifična iskustva žena i ako bi se to nastavilo i u okviru psihologije žena, samo bi se potvrdilo da su ona manje relevantna i pogodna za ozbiljno istraživanje, jer je, između ostalog, rezultate u principu nemoguće generalizovati na muškarce (Ussher, 1990). Ipak, u mnogim oblastima psihologije koje su bavljenje ovim fenomenima uključile u svoju agendu, istraživanje se odvija u okviru za koji se najpre može reći da reprodukuje tradicionalni obrazac i vodi daljoj patologizaciji ženskih reproduktivnih kapaciteta.

²⁶ U devetnaestom veku su lekari i dalje tvrdili da se za dovoljno snabdevanje krvlju materica takmiči sa mozgom, pa se svaki napor žene u školovanju ili karijeri posmatrao kao nešto što se odvija na uštrb njene plodnosti i osnovne, reproduktivne, uloge (Endžier, 2010: 104).

Istraživanje reproduktivnih stanja u *mejnstrim* psihologiji

U okviru *razvojne psihologije*, na *trudnoću* se, pod uticajem psihoanalize, gleda kao na period *krize* tokom kojeg se žena suočava sa nizom *razvojnih* zadataka. Ona se posmatra prevashodno kao *buduća majka*, koja se nalazi u fazi adaptacije na ovu ulogu (Valentine, 1982; Leifer, 1977; Gloger-Tippelt, 1983). Istraživanja prate razvoj ženinih osećanja tokom trudnoće – njenu emocionalnu stabilnost, stepen anksioznosti, kao i razvoj odnosa sa bliskim osobama – sa partnerom, majkom itd. (Gerson et al., 1984). Razvojni uspeh ocenjuje se tako što se mere majčinski stavovi i kompetencije, koping mehanizmi, obrasci vezanosti itd.

Psihoanalitičko nasleđe u ovoj oblasti može se pronaći i u tome što se krivica za eventualni neuspeh u ovom procesu prilagođavanja individualizuje – neuspeh je posledica nesposobnosti same žene da razreši svoje *intrapsihičke* konflikte (Leifer, 1980), ali i u tome što se kao optimalni psihološki ishod trudnoće tipično uzima prilagođenost na tradicionalno definisanu ulogu majke.

U okviru kliničke psihologije, ženski reproduktivni procesi tretiraju se samo u onoj meri u kojoj se pojavljuju kao potencijalni *uzrok psihičkih smetnji*, pa su istraživanja usmerena na fenomene poput predmenstrualnog sindroma (PMS), menopauze i sl. (Chadwick, 2006). Osim toga, postoji posebna zainteresovanost za one žene čija je tranzicija u materinstvo opažena kao problematična ili disfunkcionalna. Tako je postnatalna depresija bila veoma čest predmet brojnih istraživanja i terapijskih tretmana (Stanton et al., 2002)

Sasvim očekivano, klinička psihologija deli sa razvojnom pristup koji podrazumeva individualizaciju patologije, pa se psihičke tegoba žena nakon rođenja deteta ne povezuju sa društvenim kontekstom u kome žena postaje majka (Nicolson, 1998). Prema Poli Nikolson, postnatalna depresija nije patološka pojava, već normalna psihička reakcija na uviđanje da se realno materinstvo razlikuje od patrijarhalnog mita o prirodnom instiktivnom ispunjujućem materinstvu. Ona primećuje i da ženama nije omogućeno da imaju „normalan“ osećaj žaljenja zbog brojnih gubitaka i nedostataka u odnosu na život koji

su imale pre imanja deteta – nedostatka nezavisnosti, vremena, kontrole nad svojim životom, seksualnošću itd. – i da se očekuje da stalno budu zadovoljne i ispunjene (ibid).

U okviru kliničke psihologije mogu se pronaći i psihološka istraživanja *porođaja*. Istraživanje porođaja je, inače, u okviru psihologije, prava retkost, ali s obzirom na pretpostavljeni striktno biološki karakter ovog procesa, psihologija porođaja bi gotovo predstavljala imanantnu, ili inherentnu kontradikciju (Stanton et al., 2002; Chadwick, 2006).

U svakom slučaju, ponovo sasvim očekivano, postojeća istraživanja porođaja usmerena su na ovaj proces kao potencijalni uzrok psihičkih smetnji i nastanka patoloških stanja. Tako postoji priličan broj skorašnjih istraživanja *posttraumskog stresnog poremećaja* koji se razvija nakon porođaja (Bailham & Joseph, 2003; Lyons, 1998; Soet et al., 2003). Ova istraživanja uglavnom su usmerena na identifikaciju *individualnih* faktora rizika koji bi mogli da objasne zašto neke žene imaju tako negativnu reakciju na porođaj, dok se potencijalno opresivni ili traumatični aspekti medicinskog tretmana i institucionalnog okruženja ne razmatraju.

Sve u svemu, mejnstrim psihologija može se okriviti za sistematsko individualizovanje krivice za „disfunkcionalne“ ishode reproduktivnih procesa. Takođe, ogromna većina psiholoških istraživanja ni na koji način ne uključuje perspektive samih žena i njihovu interpretaciju trudnoće ili materinstva, sa svim potencijalno kontradiktornim i ambivalentnim aspektima ovih procesa (Chadwick, 2006).

Ka promeni paradigme: zdravstvena psihologija

Drugačiji pristup istraživanju ženskih reproduktivnih procesa može se pronaći izvan mejnstrim psihologije. Ova istraživanja su često situirana u oblasti zdravstvene psihologije, u okviru koje danas pišu i autorke koje pripadaju psihologiji žena, kao što je, na primer, Džejn Ašer (Jane Ussher). Istraživanje koje će činiti centralni deo ovog rada nadovezivaće se na savremene trendove u ovoj oblasti.

Zdravstvena psihologija je oblast koja se obrazuje otprilike u isto vreme kad i psihologija žena. Njen nastanak može se povezati sa time što su mesto preovlađujućeg tipa bolesti počele da preuzimaju hronične bolesti, umesto akutnih zaraznih bolesti (Yardley, 1997). Oblast je osnovao Džordž L. Engel (George L. Engel), koji je sugerisao da bolestima treba pristupati polazeći od kompleksnijeg modela od onog koji je do tada bio u optičaju (Engel, 1977). Engelov model poznat je kao *biopsihosocijalni* model bolesti i podrazumeva uzimanje u obzir ne samo bioloških, već i psihološki i socioloških činjenica.

Do tada je u optičaju bio redukcionistički *biomedicinski* model, prema kome je bolest čisto objektivni fenomen, koji se može iscrpiti navođenjem bioloških činjenica. Sama bolest nema subjektivnu dimenziju – kognitivni, emocionalni i vrednosni stavovi mogu eventualno da iskrive objektivnu sliku stvari. Biomedicinski model značajan je ovde pre svega zbog toga što se, kao što je bilo reči u prethodnom poglavlju, danas nalazi u osnovi dominantnih diskursa i praksi u vezi sa trudnoćom i porođajem: trudnoća se tretira kao čisto biološki događaj koncentrisan oko razvoja fetusa. Istraživanja trudnoće pod uticajem ovog modela bila su usmerena pre svega na hormonalne promene do kojih u organizmu žene dolazi tokom perioda od devet meseci (Gerson et al., 1984).

Iako je nudio potpuniju sliku od biomedicinskog modela, krajem osamdesetih i početkom devedesetih godina prošlog veka javile su se kritike Engelovog biopsihosocijalnog modela. Kritike su se oslanjale na uspon diskurzivne teorije i metoda socijalne psihologije, odnosno popularizaciju konstruktivizma. Engel je, prema ovim kritikama, samo uveo novi skup „objektivnih“ varijabli, reifikujući psihosocijalne fenomene, a empirijska istraživanja samo su korelirala kvantitativne skorove na skalama ponašanja, uverenja, vrednosti ili osobina ličnosti sa indikatorima prisustva ili izraženosti simptoma (Yardley, 1997). Tako su, primera radi, medicinskim prediktorima rizika od kardiovaskularnih bolesti kao što su telesna težina ili nivo holesterola jednostavno pridodati psihosocijalni prediktori poput izloženosti stresorima ili rezultati na skalama anksioznosti, hostilnosti, sklonosti somatizaciji itd. Engel je, ukratko, po kritičarima, u biomedicinskom pristupu bolesti video mehanički nedostatak koji je i pokušao da reši mehaničkim dodavanjem izostavljenih relevantnih aspekata. Time nije ugrožena čvrsta granica medicine kao nauke koja je uspostavljena prema svim ostalim (nemedicinskim i nenaučnim) znanjima i praksama, jer

ni na koji način nije problematizovana priroda medicinskog znanja koje je privilegovano upravo na osnovu pogrešnog uverenja da je supstancijalno različito (Berg & Mol, 1998).

Sa stanovišta diskurzivne analize upravo je objektivizam biomedicinskog modela predstavljao grešku koju je trebalo ispraviti. Umesto da se preispita sama objektivnost „sirovih činjenica“ na koje se oslanja biomedicinski model, objektivističko shvatanje sada je prošireno i na promenljive psihosocijalne fenomene kao što je ličnost. Kritika se nije ticala trivijalne činjenice da se način na koji se ovi fenomeni shvataju menja. Ticala se toga što sam način na koji oni postoje varira u zavisnosti od toga koje kulturne reprezentacije su na snazi.

Već u prvoj polovini devedesetih godina prošlog veka javljaju se nove kritike, koje su posebno značajne za poziciju ovog rada (Yardley, 1996, 1997; Sims-Schouten & Riley, 2007; Ussher, 2008). Ovog puta se na udaru našla upravo sociokulturna reforma oblasti izvedena sa pozicija analize diskursa. Kritika je sugerisala da je pomenuta reforma dovela do novog oblika redukcionizma u pristupu bolesti. Na mesto materijalističkog redukcionizma sada je došao *idealistički* redukcionizam. Rečima Lusi Jardli: „Fizička dimenzija zdravlja i bolesti delovala je čudno odsutna iz mnogih diskurzivnih istraživanja ličnog i društvenog značenja simptoma, a diskurs i medicinske prakse čudno povezane sa bolešću“ (Yardley, 1997: 10). Ona primećuje da je ovo isključivanje tela iz analize, paradoksalno, omogućilo reprodukciju dualizma koji je stajao u osnovi predkritičkog, biomedicinskog, modela bolesti. Ako se „društveni naučnici bave jedino ličnim, društvenim i lingvističkim kontekstom i značenjem problema koji su u vezi sa zdravljem“, telo u celosti biva prepušteno prirodnim naučnicima (ibid.).

Kritika je praćena pojavom tzv. materijalno-diskurzivnih pristupa u istraživanju, čiji je osnovni zadatak da isprave upravo ovaj nedostatak čisto diskurzivnih pristupa. Inovativnost novih pristupa nije u vraćanju na predkritički materijalizam, nego u tome što uopšte „prepoznaju materijalnost tela koja je [svejedno] uvek posredovana kulturom, jezikom i subjektivnošću“ (Ussher, 2008: 1781). Tako, iako je npr. bol telesna senzacija, on nije semantički neutralan, ali njegov smisao ne zavisi od naše svesne refleksije, već predstavlja prerefleksivnu reakciju čiji je smisao protest i odbacivanje (Yardley, 1997: 11).

U nastojanju da se telo inkorporira u sadržaj istraživanja, brojne istraživačice i istraživači usvojili su fenomenološki okvir. Centralni problem za njih je postalo „značenje *otelovljenog* iskustva u zdravlju i bolesti“ (ibid; kurziv B. S.), uz snažan naglasak na činjenici da ovo značenje nije privatno ili individualno, već da je duboko zavisno od načina na koji je iskustvo ljudi „ukorenjeno u kontekst okruženja, koje je ujedno društveno i fizičko“ (ibid). Ova ukorenjenost se ogleda kako u tome što su naši senzomotorni kapaciteti prilagođeni mogućnostima i iznudicama prirodnog okruženja u kome živimo, tako i u tome što su naši komunikacioni kapaciteti, kao i simbolički kapaciteti generalno, prilagođeni mogućnostima i iznudicama društvenog okruženja.

Osnovna razlika diskurzivno-materijalnih u odnosu na diskurzivne pristupe ogleda se u stavljanju naglaska na neotklonjivo uzajamno prožimanje fizičkih i društvenih aspekata ljudskog iskustva: „Zato što smo mi intrinzično društvena i otelovljena bića, materijalna dimenzija ljudskih života uvek je socijalizovana – posredovana jezikom i svešću i modifikovana društvenom aktivnošću – dok se diskurzivna dimenzija neizbežno fizički manifestuje, u našem govoru i ponašanju, institucijama i tehnologiji“ (ibid: 15).

Kada se naglasak stavi na materijalizam materijalno-diskurzivnih pristupa, to, ukratko, znači da „diskurs ne postoji u vakuumu“ (ibid.). Tako, delotvornost kulturnog reprezentovanja tela kao seksualnog objekta podrazumeva, primera radi, opremanje okruženja pornografskim materijalom i naglašavanje i pojačavanje specifičnog načina na koji smo svesni sopstvenog tela i sl. Ali, to što „diskurs ne postoji u vakuumu“ ne znači samo to da stvaranje novog diskursa nije dovoljno za stvaranje novog iskustva, nego i to da materijalni aspekti iskustva imaju izvesnu autonomiju u odnosu na diskurs.

U sledećem poglavlju biće detaljno izložen fenomenološki okvir, koji predstavlja jedan od osnovnih teorijskih resursa upravo razmatrane materijalno-diskurzivne tendencije u zdravstvenoj psihologiji i koji će, ujedno, služiti kao osnovno interpretativno polazište ovog rada.

Fenomenološki interpretativni okvir

„(...) *embodiment is reducible neither to representations of the body, to the body as an objectification of power, to the body as a physical entity or biological organisms, nor to the body as an inalienable centre of individual consciousness*” (Csordas, 1994: XI)

Telesna situiranost subjekta

Osnovno interpretativno polazište ovog rada predstavlja pretpostavka koja je razvijena tokom istorije fenomenologije – da je naše postojanje uvek situirano. Mi svetu nikad ne pristupamo niotkuda. Rečima Simon de Bovoar, koje predstavljaju samo jedan od mnogobrojnih izraza ideje koju je sistematski razvijao Merleau-Ponti (Merleau-Ponty): „Prisustvo u svetu nameće bezuslovno položaj jednog tela koje je istovremeno stvar sveta i pogled na taj svet (de Bovoar, 1982: 33).“

Utoliko moje telo čini sa telima drugih osoba posebnu klasu stvari. Za razliku od svih drugih stvari koje mogu da budu predmet mog iskustva, moje telo, kao moja tačka gledišta na svet, čini uslov mogućnosti da imam iskustvo bilo koje druge vrste stvari. Drugim rečima, postojanje mog tela predstavlja transcendentni uslov mogućnosti mog iskustva – ono je duboko implicirano u našem odnosu prema svetu, našem odnosu prema drugima i našem odnosu prema samima sebi“ (Gallagher & Zahavi: 135).

Ali, telo koje čini moju tačku gledišta na svet ne sme se pomešati sa „izvjesnim živim objektom sastavljenim od nervnog sistema, mozga, žlijezda, digestivnih, respiratornih i cirkulatornih organa, čija je sama tvar pogodna da hemijski bude rastavljena u atome vodonika, ugljenika, nitroгена, fosfora, itd.“ (Sartr, 1984: 311). Ono ne bi moglo da bude tema prirodne nauke kada, bez obzira na svu njegovu složenost, ne bi moglo da mu se pristupi na ovaj način, ali u onoj meri u kojoj je *moje*, to telo nikad nije samo objekat u svetu, već sam medijum kroz koji moj svet počinje da postoji. Kao što Sartr zaključuje u nastavku, „tijelo koje sam upravo opisao, nije *moje* telo takvo kakvo je ono *za mene*“ (ibid.) Pretpostaviti da je upravo telo koje izučava naučnik *moje* telo, znači tretirati svoje telo kao *tude* telo.

Ukratko, kao što se moj duh mora posmatrati kao *otelovljen*, tako se i moje telo, utoliko ukoliko je *moje*, mora posmatrati kao *oduhovljeno*. U ovome se sastoji

antikartezijanski stav zastupan i razvijan tokom istorije fenomenologije. Ni *res extensa* ni *res cogitans* ne mogu da budu rezultat *ontološke* analize, već jedino rezultat *metodološke* analize.

Moj odnos prema sopstvenom telu jeste primarno *egzistencijalan*, a ne objektivan. Utoliko je govor o *sopstvenom* telu zavodljiv. "Moje telo" nije nešto što ja primarno *imam* ili *posedujem*, iako ono kontingentno može da bude i to. „Moje telo“ je telo koje ja *jесam*. Merlo-Pontijevim rečima: "Ja sam, dakle, svoje telo, bar u onoj meri u kojoj ga doživlјavam, i, recipročno, moje telo je kao prirodni subjekt, kao privremena skica mog totalnog bića. Tako se doživlјavanje 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 doživlјavanje tela ili telo u stvarnosti." (Merlo-Ponti, 1975: 341)

Shodno tome, ni razlika između *objektivnog* i *življenog tela* nije *ontološka*, nego *fenomenološka*. Ona ukazuje na to da telo može da se nađe u iskustvu i da bude shvaćeno iz dve različite perspektive – iz perspektive trećeg lica, odnosno posmatrača, i iz perspektive prvog lica, odnosno subjekta čije je to telo/koji to telo živi. „Objektivno telo jeste [...] objektivifikacija tela koje je ujedno življeno. (Gallagher & Zahavi: 136)“

Objektivifikacija može da bude izvršena iz različitih perspektiva i na različitim nivoima apstrakcije. Ovome odgovara podela rada među naukama o ljudskom telu. Tako, jedno isto opažljivo objektivno telo izučavaju i anatomija i fiziologija i neurologija (ibid). Ali, objektivifikacija ne iziskuje nužno prirodnonaučni pristup telu, niti je neophodno da nju izvrši druga osoba. Naprotiv, sam otelovljeni subjekt može da se odnosi prema svom telu kao prema objektu. To ga, naravno, neće učiniti ništa manje otelovljenim. Naprotiv, kao što je naša otelovljenost uslov mogućnosti da imamo iskustvo drugih tela, ona je uslov mogućnosti da imamo iskustvo sopstvenog tela (kao objekta).

Način na koji sam svesna svog tela *kao svog tela* ili kao življenog tela, podrazumeva upravo njegovo *odsustvovanje* iz polja refleksije. Svest o svom telu kao svom telu uvek je *predrefleksivna*: „Drugim riječima, ja promatram vanjske predmete svojim tijelom, njima rukujem, nadzirem ih, zaobilazim ih, ali što se tiče moga tijela, njega samog ne primjećujem:

da se to učini, trebalo bi raspolagati drugim tijelom koje samo ne bi bilo primjetljivo (Merleau-Ponty, 1990: 118).“

Moje telo neizostavno *figurira u mom iskustvu*, ali na *prećutan* način – „tijelo je dato samo *implicitno*“ (Sartr, 1984: 337). Ova prećutnost jeste *konstitutivna* za naše iskustvo spoljašnjeg sveta. „Kada bih shvatao sve perceptivne događaje jednostavno kao modifikacije svog tela lociranog u organima opažanja, ne bih ni imao iskustvo spoljašnjeg sveta (Leder, 1990: 15).“ Življeno telo je, u tom smislu, *horizont* mog iskustva ili njegova *nulta tačka*: „Upravo kao centralna tačka iz koje se opažajno polje proteže, čulni organ ostaje odsustvo, odnosno ništavnost (*nothingness*), usred onoga što se opaža (ibid. 13).“

To ne znači da ne mogu da opazim svoje telo. Naprotiv, mogu da opazim čak i sam čulni organ kojim opažam. Tako, na primer, mogu da ugledam svoje oči u ogledalu. Ali, kako to Sartr jezgrovito izražava: Ali oko „ne mogu 'vidjeti kao ono koje gleda““ (Sartr, 1984: 312). Ova razlika važi čak i kada se ne oslanjam na spoljašnja pomagala. Još jedan klasičan primer potvrđuje ovu razliku. Kada dodirnem desnu ruku levom rukom, više nemam iskustvo desne ruke „kao moći dodirivanja“. Ona za mene tada nije ništa više do parče „mekane mesnate mase“. Kao i u slučaju viđenja, dodirnuti dodirivanje jednostavno nije moguće. (Leder, 1990: 14).

Treba istaći i da, fenomenološki gledano, ne postoji principijelna razlika između dela tela kojim se služimo i oruđa kojim se služimo. Ovladavanje delom tela nije ništa manje zahtevan zadatak od ovladavanja nekim oruđem. Osim toga, kada već ovladamo upotrebom nekog oruđa, ono „pada u zaborav“ ništa manje od delova tela kojima se služimo i ne postaje eksplicitna tema za nas sve dok se ne pokvari. Dok god je sa njime sve u redu, mi smo usmereni na ono na čemu radimo, a ne na to čime radimo. Mi smo, drugim rečima, sposobni da izvršimo inkorporaciju oruđa, šireći time svoj senzomotorni repertoar. Telo, u tom smislu, nije „statično“ – ono nije „sačinjeno od fiskne mase organa i sposobnosti“ (ibid.: 30).

Mogućnost mojih iskustava zavisna je od *višestrukog povlačenja mog tela u pozadinu mog iskustva*. Nužno povlačenje procesa viđenja iz mog vidokruga primer je samo jedne vrste nestajanja – tzv. *fokalnog nestajanja*. Njegova specifičnost je u tome što do njega

dolazi onda kada telesni proces koji nestaje predstavlja osnovni izvor odgovarajućeg polja iskustva, bilo da se radi o iskustvu opažanja ili iskustvu delanja. Takozvano *pozadinsko (background) nestajanje* karakteriše upravo to što proces koji nestaje ne predstavlja osnovni izvor trenutnog polja iskustva. Može da se radi o pomoćnom procesu, ali može da se radi i o procesu čije je odvijanje jednostavno u datom trenutku irelevantno (ibid. 26). Ni jedno ni drugo od ova dva nestajanja nećemo dalje razmatrati, već ćemo preći na treću vrstu nestajanja koje stoji u osnovi našeg uobičajenog iskustva, jer će nam njegovo razumevanje biti relevantno za konceptualizaciju fenomena kojim se u ovom radu bavimo.

Visceralno telo i njegovo nestajanje

Leder ukazuje na to da se ne povlači samo *površinsko* telo u pozadinu našeg iskustva, već to čini i tzv. *visceralno* telo, koje čine vegetativni organi i procesi, koji su uglavnom skriveni *ispod površine* našeg tela. Nad organima i procesima koji pripadaju ovim sistemima najvećim delom nemamo kontrolu i najvećim delom ih *nismo svesni*. Zapravo u najvećem broju slučajeva njih i *ne možemo* da kontrolišemo, niti možemo da ih budemo svesni. Oni u tom smislu najčešće stoje izvan našeg fenomenalnog polja (ibid. 36).

Prema Lederu, nasuprot ekstatičkim funkcijama tela, koje su bile nezaobilazna tema većine fenomenoloških istraživanja, *visceralne* funkcije²⁷ tela ostale su uglavnom zanemarene. On smatra da je usmeravanje fenomenološke analize na ekstatičke funkcije tokom istorije fenomenologije sasvim razumljivo kada se uzme u obzir uloga koju one imaju u oblikovanju polja iskustva. Ipak, i visceralno telo ispoljava određeni obrazac povlačenja iz polja ličnog opažanja i kontrole (Leder, 1990: 30), te utoliko zaslužuje da mu bude posvećena posebna pažnja u sklopu fenomenološke analize.

To što visceralno telo u velikom broju slučajeva ne čini deo našeg iskustva, ne znači da je to u svim slučajevima tako. U izvesnoj meri unutrašnji procesi dostupni su našem tzv. *interoceptivnom* opažanju, koje se, prema klasičnoj fiziološkoj klasifikaciji, razlikuje od *eksteroceptivnog* i *proprioceptivnog* opažanja, od kojih se prvo odnosi na predmete iz

²⁷ Ove funkcije su ključne za održavanje našeg života. Prema klasičnoj fiziološkoj klasifikaciji, svaki od organa koji su zaduženi za vršenje ovih funkcija ulazi u neki od sledećih sistema: digestivni, respiratorni, kardiovaskularni, urogenitalni i endokrini.

okruženja u kom se telo nalazi, a drugo na ravnotežu, položaj i grčenje mišića samog tela. Prema Lederu, senzacije koje dobijamo interoceptivnim putem i fenomenološki gledano su specifične. Njih odlikuju tri osobine: kvalitativna svedenost, prostorna neodređenost i prostorno-vremenski diskontinuitet (ibid.: 39-45).

Kvalitativna svedenost interoceptivnog polja podrazumeva da je perceptivno polje unutrašnjih doživljaja dosta suženo u odnosu na raznolikost iskustva koje dobijamo preko površine svog tela. Iako u unutrašnjosti organizma postoji nekoliko vrsta senzornih receptora, iskustvo je dato kao jedinstvena perceptivna dimenzija, za razliku od informacija iz različitih čulnih registara koje jasno diferenciramo iako su nam u iskustvu date isprepletano i istovremeno. Pored toga, ni ta jedna perceptivna dimenzija nije jasno diferencirana, za razliku od, na primer, taktilnih nadražaja na površini tela (među kojima, na primer, razlikujemo dodire, ubode, pritiske različitih intenziteta i temperature). Ova nediferenciranost i nejasnost u doživljajima praćena je i nedovoljno razvijenim vokabularom – nije nam lako da verbalno izrazimo osećaje iz unutrašnjosti tela i često se oslanjamo na duže opise i metafore.

Prostorna neodređenost interoceptivnog polja znači da uglavnom nismo u stanju da samo na osnovu interocepcije precizno odredimo prostornu lokaciju stimulusa koji nam izazivaju čulnu reakciju. Dok se diferencijalni prag taktilnog osećaja na koži meri u milimetrima, visceralni doživljaji imaju nejasne granice i neprecizno mesto porekla (unutrašnji organi po pravilu registruju samo generalizovanu stimulaciju koja pogađa veći deo organa). Pored toga, većina fenomena koje doživljavamo kao „oglašavanje“ organskog, „unutrašnjeg“ tela (glad, žeđ, bolest) takve je prirode da podrazumeva višestruku i disperznu lokalizaciju.

Leder kao treću karakteristiku interocepcije, koja doprinosi oskudnosti i neodređenosti unutrašnjeg perceptivnog polja, ističe *prostorno-vremenski diskontinuitet*. Informacije koje dobijamo o spoljašnjem svetu tokom budnog stanja teku neprekinuto, bez praznina ili preskoka. Dok eksterocepcija održava kontinuitet sveta, propiocepcija nam konstantno pruža osećaj položaja tela, iako su te informacije najčešće na prerefleksivnom nivou. Nasuprot tome, informacije iz unutrašnjosti tela dobijamo samo povremeno i na preskoke i to otežava uviđanje kauzalnih relacija i čini težim objašnjenja sopstvenog stanja.

Moguće je, međutim, uvećati svoju svesnost određenih visceralnih procesa obraćanjem posebne pažnje na njih. Tako, primera radi, možemo osetiti svoj puls, prolazak vazduha kroz disajne puteve ili reakcije svojih stomaknih organa na različitu hranu koju unosimo u sebe. Takođe, određenih drugih procesa, kojih ne možemo da postanemo svesni pukim usredsređivanjem pažnje na njih, možemo da postanemo svesni uz pomoć specijalne obuke. Ali, kao što Leder primećuje, upravo je potreba za posebnim treningom dokaz posebne isključenosti tih procesa iz uobičajenog iskustva. Na kraju, postoje unutrašnji procesi koji se odvijaju u organima u kojima ili gotovo da nema čulnih receptora (što je slučaj sa npr. bubrezima ili koštanom srži) ili ih nema uopšte (što je slučaj sa npr. jetrom) (ibid.: 43).

Onoliko koliko je nedostupno direktnoj percepciji, „visceralno telo“ je nedostupno i direktnoj voljnoj kontroli: „Dubine mog tela nestaju ne samo iz moje percepcije, već i u odnosu na strukture moje volje i aktivnosti. (ibid:45)“ Unutrašnji organi stoje u tom pogledu u oštrom kontrastu spram površinske muskulature. Dok sam u stanju da po svojoj volji podignem ruku, nisam u stanju da po svojoj volji izlučim više kiseline kako bih pospešila proces varenja. Razliku unutrašnjeg u odnosu na spoljašnje telo ne pravi to što o tome kako se, na primer, žvaće hrana imam eksplicitno znanje, a o tome kako se vari hrana nemam. Naprotiv, uspešnost mog žvakanja ne zavisi od eksplicitnog znanja o tome kako se to radi i kada bi zavisila, pokušaj da žvaćem po svoj prilici bio bi osuđen na neuspeh. Stvar je u tome da se one, jednom kada su započete, odvijaju po *automatizmu* (ibid.).

Automatizovanost ovih procesa jeste u kontekstu mog sveukupnog funkcionisanja dragocena okolnost. Mogućnost da se posvetimo drugim aktivnostima zavisi direktno od toga što možemo svom vegetativnom telu da prepustimo izvršavanje niza repetitivnih zadataka od čijeg izvršavanja zavisi naše preživljavanje (na primer, ne moramo da se brinemo da ćemo zaboraviti da udahnemo, niti moramo da usmeravamo pažnju na upravljanje procesom varenja). Automatizovanost visceralnih procesa znači, naravno, i da u brojnim slučajevima „moram da prilagođavam svoje akcije visceralnim ritmovima“ (ibid.). Iako mogu da privremeno odložim unošenje hrane u organizam, trajnije izgladnjivanje na kraju će ugroziti moje održanje u životu. Ipak, zahteve svog visceralnog tela ne doživljam kao apsolutno spoljašnje. Kada moje telo ima potrebu za unosom hrane ili za snom, ovu

potrebu doživljam kao da sam *ja* ta koja je gladna i kojoj se spava. Kako Leder kaže, „ovi vegetativni procesi ispoljavaju 'stranu sopstvenost' [*foreign-mineness*]; naizgled Drugo u odnosu na self, oni su svejedno integralni za egzistenciju selfa“ (ibid.)

Leder, ipak, podseća na biomedicinska istraživanja koja su pokazala da i automatske funkcije mogu da postanu dostupne direktnoj voljnoj kontroli pomoću uslovljavanja. Ispostavilo se da, na primer, možemo da utičemo na brzinu otkucaja srca, krvni pritisak, vazomotorne odgovore, salivaciju itd. Na ovoj mogućnosti zasnivaju se tzv. biofidbek tehnike koje su danas u upotrebi u kliničkom kontekstu. Pacijenti prolaze kroz posebnu obuku koja treba da im omogući da samostalno utiču na svoj povišeni krvni pritisak, aritmiju, migrenu itd. Ove tehnike ipak podrazumevaju neku vrstu tehnološke eksternalizacije unutrašnjeg procesa. Tako npr. osoba treba da dobija elektronski zabeležene podatke o krvnom pritisku, koji joj nisu čulno dostupni, u formi eksteroeptivnog stimulusa, kako bi mogla da utiče na krvni pritisak. Kako Leder kaže: „Znanje o sebi i upravljanje sobom postiže se tako putem tehnološkog posredovanja; ono što je bilo pohranjeno u dubinama artifičijelno je izvedeno na površinu“ (ibid. 52-53).

Indirektni odnos prema visceralnom telu i uloga medicine

Iako mnoge visceralne procese ne mogu direktno da opazim niti mogu da direktno utičem na njih, mogu to da učinim na indirektan način, posredstvom svog površinskog tela. Indirektnost se u prvom slučaju ogleda u tome što do informacija o unutrašnjim procesima mogu da dođem jedino tako što neke telesne procese dostupne direktnom opažanju interpretiram kao da mi govore nešto o unutrašnjim procesima. U drugom slučaju, ona se ogleda u tome što na visceralne procese koji nisu dostupni mojoj direktnoj voljnoj kontroli mogu da utičem jedino tako što ću uticati na one koji jesu. Tako, na brzinu procesa varenja možemo da utičemo tako što ćemo npr. povećati nivo fizičke aktivnosti nakon unosa hrane.

U velikom broju slučajeva, razlog što uopšte imam senzomotorni pristup visceralnom telu jeste to što procesi koji se velikim delom odvijaju ispod površine tela zavise od razmene sa okolinom, pa se određene njihove faze odvijaju na površini tela. Središnje faze procesa često ostaju skrivene, a na površinu tela izbijaju njihove početne i

završne faze. Proces varenja, tako, najvećim delom ostaje van mog direktnog domašaja. O tome šta, kada i koliko uspešno varim mogu da imam indirektno znanje na osnovu direktnog znanja o unosu i izbacivanju hrane. Mogućnost uticaja završava se takođe na periferiji procesa – mogu da biram kada i šta ću uneti sebe, kao što delimično mogu da utičem i na vreme pražnjenja. Ali, proporcija skrivenih i otkrivenih delova procesa varira od funkcije do funkcije. Osim prolaska vazduha kroz nozdrve, mogu da osetim i širenje svojih pluća i abdomena, kao što mogu i da utičem na ritam i dubinu disanja. Ipak, centralno zbivanje je i u ovom slučaju van mog domašaja – "Prisustvo u svetu nameće безусловno položaj jednog tela koje je istovremeno stvar sveta i pogled na taj svet...". Na kraju, nekad se i središnji delovi procesa odvijaju blizu površine tela. Cirkulacija krvi kroz organizam odvija se delom preko arterija koje prolaze neposredno ispod površine kože, tako da na nekim delovima tela mogu da osetim svoj puls ako prislonim prste na kožu (ibid. 50-51).

To što mi je visceralno telo u izvesnoj meri pristupačno na indirektan način čini samo još upadljivijom činjenicu da mi je ono najvećim delom nepristupačno na direktan način. Zapravo, u pogledu mnogih segmenata visceralnih procesa drugi ljudi se ne nalaze u lošijoj poziciji od mene kada je reč o procesima mog sopstvenog tela. Što je još značajnije, uz pomoć specijalne obuke drugi ljudi se mogu naći u boljoj poziciji spram mojih unutrašnjih procesa od mene same. Rečima Šigeise Kurijame: „Za one koji umeju da čuju njegovu poruku, puls govori istine o osobi koje sama osoba ne bi rekla ili ne bila u stanju da kaže“ (Kuriyama, 1999: 18).

Medicinski dijagnostički postupak, kada je visceralno telo u pitanju, često se oslanja na činjenicu da su unutrašnji procesi na ranije pomenute načine povezani sa površinom tela. Na osnovu toga, u okviru savremene medicine razvijene su brojne strategije indirektnog saznavanja o zbivanjima u visceralnom telu i manipulacije njime. „Lekar je“, Lederovim rečima, „hermeneutičar, koji čita tekst sa površine tela zbog onoga što mu govori o dubinama tela“ (Leder, 1990: 51). Analogno tome, raznovrsna dijagnostička tehnologija, od termometra do magnetne rezonance, može da bude shvaćena kao skup hermeneutičkih oruđa koja u doba tehnološkog napretka značajno uvećava lekarevu moć

tumačenja: „Kako tehnologija čini telo čitljivim, možemo legitimno da govorimo o hermeneutičkoj funkciji koju naučni instrumenti obavljaju za nas“ (Daniel, 1986: 294).

Pored *farmakoloških* sredstava, koja se ekstenzivno koriste u sklopu medicinske terapije, procedura lečenja često podrazumeva i *hirurške* intervencije, koje omogućavaju direktno opažanje delova unutrašnjeg tela i direktno intervenisanje na njima. Iz perspektive same osobe pristup je i dalje indirektan – njega omogućava druga osoba.

Na kraju, treba pomenuti i to da visceralno telo izbija na površinu i preko posledica koje njegova stanja i zbivanja u njemu imaju na moje celo telo: „glad nije samo u mom stomaku, već prožima moja usta, moje mišiće, moje raspoloženje. Ona je svuda i ispoljava se kao iscrpljenost i neodoljiva potreba, iritabilnost i nestrpljivost“ (Leder, 1990: 51). I ne samo to, uticaj zbivanja u mom visceralnom tela preliva se i na okruženje u kome se nalazim. Umor ili pospanost mogu učiniti zbivanja oko mene suviše intenzivnim – boje mogu da postanu suviše jarke, zvukovi preglasni, kretanje ljudi i automobila prebrzo itd.

Važi i obrnuto. Uznemirujući prizor može da dovede do toga da srce počne ubrzano da mi lupa i počnem ubrzano da dišem. I na jedno i na drugo, u ovom slučaju, mogu da utičem tako što ću pokušati da uspostavim direktnu kontrolu nad svojim disanjem, utičući indirektno na rad srca. Mogu osim toga da se dugoročno posvetim unapređivanju zdravlja svojih visceralnih organa tako što ću izbegavati boravak u okruženjima koja deluju stresno na mene, boraviti na čistom vazduhu i sl.

Raz-telovljeni subjekt²⁸

Leder ukazuje na to da se u nekim slučajevima o odsustvovanju tela iz mog iskustva može govoriti upravo zato što je ono *prisutno* u mom iskustvu na određeni način. Radi se o onim slučajevima u kojima mi je moje telo *suviše „pred očima“*, odnosno u kojima dolazi do

²⁸ Leder koristi izraz „dys-appearance“. Za razliku od pojma „disappearance“ koji referira na nestajanje tela iz fokusa osobe tokom uobičajenog funkcionisanja „dys-appearance“ ukazuje na specifičan vid pojavljivanja tela u situacijama telesne nelagodnosti (prefiks „dys-“, na grčkom znači loše, teško ili bolesno). Ova dva pojma su po mnogo čemu antonimi, a ipak, njihova homonimnost treba da sugeriše povezanost između ovih oblika našeg odnosa prema telu. „Dys-appearance“ podrazumeva to da se neki deo telesnog doživljavanja subjekta, neki telesni aspekt distancira i pozicionira nasuprot (ostatku) *otelovljene* subjektivnosti. Zbog toga je kao prevod izabran pojam „raz-telovljenje“, iako odstupa od originalnog Lederovog pojma, jer bolje odslikava proces koji on želi da konceptualizuje.

njegovog izranjanja iz pozadine moje svesti i dolaženja u centar moje pažnje. Do ovog posebnog načina odsustvovanja mog tela iz mog iskustva dolazi, dakle, tako što moje telo postaje tema moje svesti. Ono se na eksplicitan način *pojavljuje za moju svest*.

Klasičan primer prekomernog prisustva sopstvenog tela, predstavlja iznenadno javljanje probadajućeg bola kada „svoje sopstveno telo mogu doživeti kao udaljeno od mene, kao nešto problematično i strano“ (Leder, 1990: 70). Zaokupljajući moju svest, moje telo se u slučajevima poput ovog „može pojaviti kao 'Drugo' i kao suprotstavljeno selfu“ (ibid.). Slično kao što oruđa kojim se služimo kako bismo ostvarili određeni cilj postajemo eksplicitno svesni uglavnom tek kada ono zakaže, tako i sopstvenog tela ili nekog njegovog dela postajemo svesni uglavnom tek kada nešto nije u redu. Sve do tog trenutka, kao što je slučaj i sa upotrebom oruđa, uglavnom smo usmereni na postizanje naumljenog cilja.²⁹ Efekat koji osveščivanje sopstvenog tela u ovakvim slučajevima izaziva Leder označava izrazom „raz-telovljenje“, kako bi naglasio činjenicu da telo tada izbija u prvi plan upravo kao disfunkcionalno.

Odsustvovanje tela na način preterane prisutnosti u mom iskustvu moguće je samo zahvaljujući činjenici da je ono inače odsutno iz mog iskustva na načine o kojima je ranije bilo reči. Kako Leder kaže: „Upravo zato što normalno i zdravo telo najvećim delom nestaje, direktno iskustvo tela gravitira ka trenucima disfunkcionalnosti“ (ibid: 86). Leder naglašava ovu logičku zavisnost raz-telovljenja od nestajanja koje karakteriše većinu našeg uobičajenog iskustva tako što uobičajeno odsustvovanje naziva „primarnim“, a raz-telovljenje „sekundarnim odsustvovanjem tela“.

Sekundarno odsustvovanje tela podrazumeva, dakle, njegovu objektivaciju, ali, momenat disfunkcionalnosti prožima ovo stanje karakterom *zahtevanja* (Leder, 1990: 91) – telo jednostavno ne dozvoljava da ne obraćamo pažnju na njega, niti dozvoljava da ne učinimo ništa povodom onoga što se sa njime događa.

Treba naglasiti da „objekat“ koji nastaje objektivacijom u gornjem smislu nije objekat koji se dobija teorijskom apstrakcijom, odnosno nije „telo koje anatom secira i klasifikuje“. Ovaj „objekat“ jeste „egzistencijalna drugost selfa, fenomen potpune težine i

²⁹ Treba se setiti da imamo fenomenološke razloge da usredsređivanje pažnje na samo oruđe, kojim se inače vešto služimo, shvatimo kao usredsređivanje na deo sopstvenog tela.

neposluha, koji self unutar sebe doživljava kao nešto što prekida njegove projekte“ (Gadow, 1980: 176).

To, međutim, ne menja činjenicu da je reč o objektivaciji. Ovo je bitno imati na umu kada se kritikuje medicinski pristup fenomenima. Objektivacija koju podrazumeva medicinski tretman u velikom broju slučajeva nadovezuje se na objektivaciju do koje je već došlo nezavisno od medicinskog tretmana. I ne samo to nego, kao što smo videli, već samo sekundarno odustvovanje tela u velikom broju slučajeva ima otuđujuće efekte, tako da ni za to ne moramo da čekamo da se nađemo u medicinskom okruženju. Medicinski pristup telu može naravno da *produbi* alijenaciju do koje je došlo, što se veoma često i dešava, ali za očekivati je da odnos pomenute dve vrste objektivacije u bar nekim slučajevima bude složeniji od toga.

Leder razmatra dva klasična slučaja sekundarnog nestajanja tela – *bol* i *bolest*. Predstavićemo oba slučaja zato što trudnoća fenomenološki gledano ima sličnosti sa bolešću, a porođaj u velikom broju slučajeva prati bol, iako ovu analogiju povlačim sa velikim ogradama, jer ne nameravam da učestvujem u reprodukciji patologizujućeg pogleda na ženska reproduktivna stanja. U kasnijim delovima rada biće jasno da se pre svega misli na strukturnu analogiju, i da reproduktivno iskustvo, posebno situacija trudnoće, po pravilu ne nosi sa sobom negativne konotacije, čak i kada sa sobom nosi neposredno neprijatne senzacije.

Pod pretpostavkom da stiže iz neke od visceralnih regija tela, *bol* je, kako Leder primećuje, „u stanju da nadvlada kako fokalno i pozadinsko, tako i dubinsko nestajanje tela [iz našeg iskustva]“ (Leder, 1990: 71). Postoji nekoliko razloga za ovo.

Prvo, bol dovodi do *čulne intenzifikacije* (ibid. 72). Ovo posebno dolazi do izražaja u slučaju unutrašnjeg tela, čije procesi se u uobičajenim okolnostima odvijaju u tišini, ali su bolne senzacije u stanju da nadvladaju i senzacije koje dolaze sa površine tela. To je često slučaj čak i onda kada su senzacije sa površine tela koje već dobijamo i same intenzivne. Drugo, javljanje bola ima *epizodičnu strukturu*. Naše uobičajeno funkcionisanje praćeno je prisustvom niza senzacija koje se menjaju na kontinuiran način. Ovo olakšava njihovo

povlačenje u pozadinu iskustva. Najčešće diskretnoj strukturi javljanja bola³⁰ pogoduje naša tendencija da na pozadini kontinuiranog toka senzacija primećujemo upravo one čije je javljanje diskretno. Treće, bol jednostavno *boli*. „Bol je sama konkretizacija neprijatnog, averzivnog“ (Leder, 1990: 73). Za razliku od osećaja slatkog, mirisa i sl. koji dozvoljavaju da nam pažnja odluta na drugo mesto, bol je praćen „afektivnim zovom“, koji nam ne dopušta da prestanemo da obraćamo pažnju na njega.

Uticao javljanja bola na fenomenalno polje ogleđa se, prvo, u tome što ono dovodi do *prekida u intencionalnom odnošenju*. Dok uobičajeno živim od svog tela *ka svetu*, po javljanju bola *samo telo* počinje da bude i ono *ka čemu* živim. U zavisnosti od alarmantnosti „afektivnog zova“, čak i projekti koji su do neposredno pre javljanja bola zauzimali najviše mesto na listi mojih egzistencijalnih prioriteta, mogu da izgube na značaju i da padnu u zapećak. Bol je u stanju da u momentu javljanja premesti sveukupan naš fokus na unutra, ostavljajući svet stvari na koje smo do malopre bili usredsređeni u potpunoj magli. Bol nas, takođe, može ispuniti neizvesnošću i „paralisati“ nas u našem pokušaju da nastavimo da se ponašamo na isti način kao pre njegovog javljanja.

Drugo, javljanje bola takođe dovodi do *prostorno-vremenskog sužavanja*: „Bivamo neprestano podsećani na ovde i sada tela“ (Leder, 1990: 76). Bol ima „centripetalno“ dejstvo na naše polje svesti. U pogledu prostora na koji se proteže naše iskustvo, „nismo više rapršeni *tamo* u svetu, već smo iznenada zamrznuti upravo *ovde*“ (ibid: 75). Iako „kolaps našeg sveta“ nikada ne biva potpun, javljanje bola vodi nas okretanju sebi i povlačenju u izolaciju. Fokus svesti se premešta ne jednostavno na naše telo, nego na neki njegov pojedinačni deo.

Iako bol čini moje sopstveno telo *prisutnim*, i to na način na koji to ne čini nijedan drugi događaj, bol čini da ono bude prisutno na *otuđujućem* način. Lederovim rečima: „U bolu, telo ili deo tela iskrsava kao prisustvo nečega tuđeg“. Telo ili deo tela doživljava se kao nešto strano, o čemu svedoči i tendencija ljudi da o bolu koji osećaju govore u trećem licu.

³⁰ I *hronični* bolovi veoma često imaju epizodičku strukturu javljanja. Tokom vremena i u zavisnosti od aktivnosti osobe, položaja koje zauzima, kao i ritma funkcija visceralnog tela, menja se kako njihov kvalitet, tako i njihov kvantitet.

Alijenacija do koje dolazi kada nas nešto boli ne proističe prosto iz toga što naše sopstveno telo postaje objekat našeg opažanja. Tematizacija sopstvenog tela u ovom smislu može biti praćena i *neutralnim* ili čak *pozitivnim* emocionalnim stavom. Postoje i slučajevi u kojima je čak i *bol* praćen pozitivnim emocionalnim stavom. To se, recimo, događa kada bol predstavlja signal postignuća, kao što je slučaj kada su u pitanju vežbe snage. Ali, u većini slučajeva javljanje bola predstavlja događaj koji se javlja *uprkos našoj volji*, izaziva *averzivnu reakciju* i preči *prekidanjem naše prakse*, koja se koncentriše oko određenih ciljeva za koje smo intimno vezani. To su razlozi što oglašavanje tela kada nas nešto boli najčešće ima otuđujuće efekte.

Otuđujuće iskršavanje bolnog tela ima *egzistencijalne* posledice. U jednostavnijim slučajevima bol je koreliran sa nastojanjem da ga se momentalno oslobodimo. U složenijim slučajevima, navedeni smo na to da se u procesu oslobađanja od bola (ili bar ovladavanja patnjom) oslonimo na *hermeneutički* postupak. Bol nas u ovim slučajevima podstiče da pronađemo odgovarajuću interpretaciju kako bismo razumeli prirodu bola koji osećamo. Počinjemo da ekscecično oslušujemo svoje telo, preispitujemo svoje ponašanje koje je neposredno prethodilo javljanju bola, pokušavamo da ponovimo pokret pri kome smo inicijalno osetili bol iako očekujemo da će upravo ovo testiranje dovesti do toga da ponovo osetimo isti bol i pokušavamo da se setimo da li smo ranije osetili sličan bol. Nakon toga, upuštamo se u potragu za objašnjenjem. Konsultujemo različite izvore, obraćamo se prijateljima koji su mogli da imaju slično iskustvo.

Na kraju, ukoliko stvar deluje dovoljno ozbiljno, najčešće se obraćamo lekaru. Leder primećuje kako ovo ne znači i kraj *samoispitivanja*. Naprotiv, ispitivanje koje preduzima lekar može se shvatiti kao *proširenje mog samoispitivanja* sredstvima čijom upotrebom ne vladam sama i koja su mi dostupna jedino tako što ih druga osoba koristi: Kroz posredovanje drugog, počinjemo da vidimo svoje telo kao seriju tehnološki i pojmovno proširenih načina koji ne bi bili dostupni na drugi način (ibid: 78).“ Ovo je značajna odrednica situacije u kojoj se nalaze savremeni subjekti, čija tela su zbog široko prisutnog medicinskog znanja često „raspakovana“ i pre nego što uđu u medicinsku instituciju.

Krajnji cilj kojim se rukovodimo dok prolazimo kroz ovaj složeni hermeneutički proces ne razlikuje se od cilja kojim se rukovodimo onda kada nam nije potrebno posebno

tumačenje javljanja bola – želimo jednostavno da ga se oslobodimo. Proces kroz koji nekada moramo da prođemo da bismo to postigli podrazumeva čitav novi projekat oko kojeg se organizuje celo već postojeće polje naših egzistencijalnih projekata. Život *ka telu*, sačinjen od različitih tretmana tela – uzimanja lekova, vežbanja itd., potiskuje na periferiju dotadašnji život *od tela*.

Iako je fenomenološka rekonstrukcija situacije bola korisna za razumevanje iskustva *bolesti*, ono sa sobom nosi i brojne specifičnosti. Kao što bolest nije uvek ili makar nije u svim fazama praćena bolom (kao u slučaju nekih teških bolesti), tako ni bol nije uvek znak bolesti. Bolest i bol se *de facto* često javljaju združeno, ali ono što je značajno ovde jeste to što svaka od ovih pojava za sebe ima slično dejstvo na naše fenomenalno polje (ibid. 79). Snaga dejstva bolesti na fenomenalno polje varira u zavisnosti od njene vrste i ozbiljnosti, odnosno relativnog značaja koji njeno javljanje ima u određenom trenutku života obolele osobe.

I manje ozbiljne bolesti često zahtevaju određeno ograničavanje aktivnosti. Ovo ograničavanje nekad se proteže na određene tipove aktivnosti. Često je slučaj npr. da treba izbegavati one aktivnosti koje uključuju veliku potrošnju energije ili pravljenje intenzivnih pokreta. Ali, bolest može da iziskuje i određeni period potpunog mirovanja, kao što može da iziskuje i da određeno vreme ne napuštamo bolnicu ili kuću. Režim oporavka može da predviđa i to da se na predašnji obim aktivnosti vraćamo postupno. Ograničavanje o kome je reč u slučaju manje ozbiljnih bolesti najčešće predstavlja samoograničavanje – voljno podvrgavanje odgovarajućem programu oporavka. Ono se često vrši na sugestiju nadležnih medicinskih stručnjaka.

Ozbiljnije bolesti razlikuju se po stepena dejstva na fenomenalno polje osobe, uzrokujući njegoa značajnija ograničavanja. Ali, one se ne razlikuju samo po tome. One uključuju dimenziju *hendikepa*. Ograničenja izazvana ovim nisu zavisna niti od volje obolele osobe da suzi opseg svoje aktivnosti niti od mišljenja lekara o poželjnosti određenog ograničavanja aktivnosti. Ona ne nestaju nakon formalno definisanog inicijalnog perioda oporavka. Osoba sada jednostavno *više ne može* ono što je nekada mogla. Ozbiljnije bolesti često uključuju duže periode boravka u bolnici, koji sa sobom nose novo, dramatično, ograničavanje iskustva.

Počinja da se menja način na koji osoba opaža svoje telo. Ona postaje podozriva prema njemu, a o određenim ponašanjima sada razmišlja kao o rizičnim i sl. Leder, tako, primećuje kako osobu koja je preživela jedan srčani napad nepoverenje prema svom srcu ne napušta ni nakon što je bol već duže vremena odsutan. To da li se sopstveno telo posmatra kao rizično, kao što ćemo videti, ne zavisi samo od ličnog iskustva, već i od načina na koji je to telo dominantno reprezentovano.

Slično bolu, bolest dovodi do prostorno-vremenskog sužavanja i prekida intencionalnih veza. Osoba biva naglo i nevoljno isključena iz onih ključnih konteksta u kojima obično funkcioniše. Ovo je posebno slučaj kada je osoba prinuđena da duže vreme boravi u bolnici, što dovodi do posebnog prostornovremenskog sužavanja njenog sveta. Do nje tada dopire samo eho spoljašnjeg sveta čiji je prostor delila pre nego što se razbolela i otišla u bolnicu. Njeno vreme postaje definisano periodom boravka i strukturisano prema primeni procedura koje predviđa terapija.

Potreba da se zbivanja u sopstvenom telu *razumeju* i da se nešto učini po pitanju izlečenja ili bar sprečavanja daljeg razvoja bolesti u brojnim slučajevima jeste neodoljiva. Gotovo neposredan odraz toga predstavlja karakteristična zaokupljenost sobom, koja često karakteriše bolesne osobe. Ovome se, posebno u slučajevima bolesti koje su „ostavile traga“ na osobi, neretko pridružuje i zaokupljenost time kako nas drugi vide. Njenu povišenu svest o telu može prožimati nada da će joj biti bolje. Ali, nad njom se, isto tako, može nadviti nostalgična svest o nekadašnjoj moći – o tome da *više nije u stanju* da učestvuje u svetu kao ranije. Konačno, ona može živeti i sa strepnjom, iščekujući dan kada će shvatiti da joj se bolest pogoršala i da joj preči dodatni gubitak moći.

Raz-telovljenje može da bude i *društveno* uzrokovano – ono može da bude izazvano i „inkorporiranim pogledom Drugog“. To se događa onda kada nas druga osoba gleda „objektifikujućim pogledom koji odbija kotranscendiranje“ (Leder, 1990: 96). Društveno izazvano nestajanje tela nije *uniforman* fenomen. Način na koji moje telo nestaje pod pogledom druge osobe zavisi od toga na osnovu čega se ona distancira od mene. Tako, na primer, otuđujuće nestajanje može biti izazvano time što me druga osoba gleda pogledom *moralne osude*. U čuvenom Sartrovom primeru sa voajerom koji, vireći kroz ključaonicu, iznenada spoznaje da je i sam posmatran, sramota koju on oseća u vezi je sa tim što u

centar njegove pažnje sada dospeva njegov sopstveni položaj i njegova sopstvena intencionalna usmerenost na ono što se događa iza vrata. Ali, u određenim okolnostima do društvenog nestajanja tela može da dođe i kada postoje *fizičke* ili *kulturne* razlike između mene i drugih osoba.

U savremenom društvu, do sekundarnog nestajanja tela veoma često dolazi pod pogledom *osoblja* u medicinskom okruženju. Moje telo biva svedeno na mehanički uređenu masu organa koja treba da bude ispitana. Leder podseća na to da se otuđujući efekat koji ovaj tehnički pristup može da ima nadovezuje na otuđujući efekat javljanja bola ili disfunkcionalnosti, koja nas je na prvom mestu i podstakla da se obratimo medicini. To bi trebalo imati na umu svaki put kada se raspravlja o otuđujućem karakteru medicinskog okruženja i posebno je relevantno za situaciju porođaja.

Nepatološki oblici raz-telovljenja: trudnička otelovljenost

Ipak, ne postajemo naglašeno svesni sopstvenog tela jedino onda kada se suočimo sa disfunkcionalnošću nekog njegovog dela. Kako Leder kaže: „Kad god moja otelovljenost radikalno odstupa od uobičajene, sva je prilika da će doći do raz-telovljenja. Radikalno odstupanje, međutim, nije karakteristično samo za slučajeve *zakazivanja* tela. Do njega dolazi i u nekim sasvim uobičajenim fazama života, kakve su pubertet, starost ili menopauza.

To što postoji tendencija da se veće promene u uobičajenoj strukturi, funkcionalnosti ili izgledu tela automatski posmatraju kao nešto što odstupa od normalnog, a ne samo od uobičajenog, stvar je kulturnih predrasuda. Radi se, prema Iris Marion Jang, o predrasudama *patrijarhalnog* društva, koje za etalon normalnosti uzima muškarca srednjih godina, čije je iskustvo zdravlja – iskustvo nepromenljivog stanja tela, i za koga je svaka promena uobičajenog telesnog stanja znak da nešto nije u redu (Young, 2005: 57). Leder dodaje da upravo „za mlade i stare ljude, kao i za odrasle žene nasuprot muškarcima, normalno telesno funkcionisanje uključuje redovne i čak ekstremne telesne promene (Leder, 1990 : 89).“

Sličnu sudbinu u savremenom društvu, o čemu je bilo reči ranije, imaju upravo trudnoća i porođaj. Ovi procesi su savršen primer *normalnog, iako neuobičajenog*, funkcionisanja *ženskog* tela koji se u savremenom društvu tretira kao nenormalan. Tretiranje trudnoće i porođaja kao autentičnih medicinskih fenomena može da se vidi kao izraz upravo ove predrasude.

Trudnoća i porođaj mogu, naravno, da budu praćeni javljanjem različitih disfunkcionalnosti. Jutarnja mučnina koja se javlja u ranoj fazi trudnoće i jaki bolovi kojima je veoma često praćen sam porođaj paradigmatični su slučajevi disfunkcionalnosti koje prate ženske reproduktivne procese. Ali, ovi procesi nisu *sami po sebi* disfunkcionalni. Štaviše, trudnoća uključuje povećanu otpornost organizma na prehladu i grip, a telesni procesi su tokom trudnoće veoma često uzrok osećanja opšte telesne dobrobiti (Young, 2005: 57).

Ipak, *neuobičajeno* funkcionisanje tela i velika promena njegovog oblika tokom prolaska kroz procese trudnoće i porođaja čini ova iskustva donekle sličnim iskustvima koje imamo kada telo postane disfunkcionalno. Sličnost se ogleda u *problematičnosti* ovih promena za ženu, koja se tokom ovog perioda suočava sa nizom izazova: „Trudna žena mora da posveti posebnu pažnju svom telu jer njegove nove funkcije i oblik zahtevaju izmene u obrascima kretanja, ishrane, spavanja itd.“ (Leder, 1990: 90).

Problematičnost trudnoće može se dočarati na primeru *radikalne promene oblika tela*, do koje dolazi sa razvojem/rastom fetusa. Razlika između uobičajenog oblika tela i oblika koji ono poprima u podmakloj fazi trudnoće tako je velika da žene sistematski ne uspevaju da prilagode sliku svog tela njegovoj novoj konstituciji. Iris Marion Jang naglašava diskrepancu do koje to dovodi govoreći o „još jednom slučaju udvostručavanja trudnog subjekta“ (Young, 2005: 50). Ona kaže: „U trudnoći slika mog predtrudničkog tela ne napušta u potpunosti moje pokrete i očekivanja, a ipak upravo je trudno telo ono koje moram da pokrećem (ibid.).“ Njen opis predstavlja savršen prikaz ovog „udvostručavanja“: „Krećem se kao da bih mogla da se provučem pored stolica i kroz masu ljudi kao što sam mogla sedam meseci ranije, samo da bih otkrila da mi je prolaz zaprečen mojim sopstvenim telom koje se pruža predamnom – ali, još uvek ne i *predamnom*, pošto nisam očekivala da mi se ispreči. Dok se naginjem u stolici kako bih vezala pertlu, bivam iznenađena time što

mi ovaj stvrdnuti stomak okrzava butinu. Ne očekujem da moje telo dodirne sebe, jer i dalje imam naviku da svoje telo posmatram u okviru njegovih starih granica. U ovoj neodređenosti telesnog dodira, osećam kako ujedno bivam dodirnut i dodirujem, kako svojim kolenom tako i u svojim stomakom. Stomak je drugo, zato što ga nisam očekivala tamo, ali pošto osećam kako biva dodirnut, to sam ja (ibid.).“

Problematičnost reproduktivnih iskustava tiče se umnogome i njihove *lokacije*. Svojstvena biološka funkcija reproduktivnih organa nije održanje individue, već vrste u životu, pa oni ne spadaju striktno u ono što Leder naziva visceralnim telom, ali, ženske reproduktivne procese velikim delom karakteriše *slična proporcija skrivenosti i otkrivenosti* koja je karakteristična za procese koji su od vitalnog značaja. To što se najvećim delom odvijaju *ispod površine tela*, čini ih, *fenomenološki gledano*, u velikoj meri sličnima visceralnim procesima.

To za posledicu ima činjenicu da brojna telesna oglašavanja tokom trudnoće prati *neizvesnost u pogledu tumačenja*, čak i adekvatnog povezivanja različitih telesnih senzacija. Skrivenost reproduktivnih procesa dolazi do izražaja već na samom početku trudnoće, za koji je karakteristična neizvesnost oko toga da li je do začeća uopšte došlo. Ova neizvesnost je tokom trudnoće vezana za različite događaje, posebno za adekvatno atribuiranje senzacija iz stomaka pokretima fetusa, i prati trudnu ženu sve do nimalo lakog zadatka prepoznavanja početka porođaja. Neodređenost je samo uvećana time što se neki „znakovi“ trudnoće podudaraju sa telesnim iskustvom karakterističnim za druga stanja, kao što su, na primer, početak menstrualnog ciklusa ili bolest. Skrivenost reproduktivnih procesa determiniše i načine na koje je moguće *delovati* na njih, kao i to u kojoj meri je uopšte moguće delovati na njih. I u ovom slučaju, stvari stoje slično kao sa vitalnim funkcijama – onoliko koliko reproduktivno telo nije „u vidokrugu“ žene, toliko joj nije ni „na dohvata ruke“. Drugim rečima, mogućnost direktnog uticaja na reproduktivne procese veoma je mala. Činjenica da je žensko reproduktivno danas objekat detaljnog medicinskog znanja i široke primene medicinske tehnologije mogla bi, u jednom smislu, da se shvati i kao direktan korelat potrebe nastale upravo *povlačenjem reproduktivnog tela* iz našeg iskustva u oba pomenuta smisla.

Trudnoća je veoma slična bolesti i s obzirom na stepen prilagođavanja aktivnosti koje iziskuje. Ono je delom iznuđena *anatomskim i fiziološkim promenama*, ali je u savremenom društvu u bitnoj meri i rezultat *moralne obaveze* da se „povede računa“ o stilu života. Žene osećaju da treba da se hrane zdravije nego obično, da ne učestvuju u aktivnostima koje iziskuju veliku potrošnju energije ili podrazumevaju pravljenje „rizičnih“ pokreta telom i sl.

Zahvaljujući medikalizovanosti ženskih reproduktivnih procesa u savremenom društvu, trudnoća i porođaj se dobrim delom zbivaju i u sličnom *društvenom okruženju* kao bolest. Sam susret sa čisto tehničkim pristupom telu, tipičnim institucionalnim okruženjem bolnice i hijerarhijskim uređenjem koje reflektuje veliku razliku u moći između lekara i pacijenata predstavlja, kao što smo ranije videli, čest osnov raz-telovljenja pacijenata. Pomenuta razlika u moći, koja u slučaju ženske reprodukcije može da bude bar delom objašnjena i time što su nadležni medicinski stručnjaci često muškarci, čini da susret sa lekarom podseća na susret učenika sa profesorom ili susret zatvorenika sa zatvorskim čuvarom (Leder, 1990: 98).

Treba, na kraju, istaći i to da prolazak kroz trudnoću može da bude i *osnažujuće* iskustvo, tokom koga žena može da razvije posebnu prisnost sa svojim telom i da počne da mu pripisuje posebnu vrednost (ibid. 90). Trudnoća je paradigmatičan slučaj onoga što Seli Gedou (Sally Gadow) naziva *estetskim odnosom između osobe i njenog tela*. Estetski odnos karakteriše „složena ravnoteža forme i slobode, u kojoj subjekt i objekt recipročno aficiraju i razvijaju jedan drugog“ (Gadow, 1980: 183) On podrazumeva *emocionalnu privrženost* objektu i *intelektualnu usredsređenost* na njega, koji počivaju na subjektivom pripisivanju *intrinzične*, a ne instrumentalne vrednosti objektu. Ovo, može da bude kontrastirano sa najvećim brojem slučajeva uobičajenog funkcionisanja, tokom koga se objektima implicitno pripisuje instrumentalna vrednost. Uobičajeno funkcionisanje uključuje i implicitno pripisivanje instrumentalne vrednosti sopstvenom telu.

Gedou smatra da u *starosti* uspostavljamo estetski odnos prema svom telu i da je neuviđanje toga razlog što period starosti tretiramo kao manje vredan od drugih perioda života: „Ako se uzme jedino kao objekat gospodarenja, moramo reći da se u starosti telo haba, gubi svoju vitalnost i kapacitet da odgovara zadacima koje stavljam pred njega.

Ipak, ako se uzme kao estetski objekt, telo koje stari može da bude doživljeno kao najbogatija realnost formi i značenja koja može da bude zamišljena.“ (ibid. 183)

Prema Iris Marion Jang, trudnoća predstavlja najparadigmatičniji slučaj estetskog odnosa prema sopstvenom telu: „Trudni subjekt doživljava sebe kao smeštenog u očima i trupu istovremeno. Ona često doživljava svoje uobičajeno šetanje, okretanje, sedanje kao vrstu plesa, pokret koji je ne vodi samo tamo gde je ona naumila da ide, ali u kome ona klizi kroz prostor u neposrednoj otvorenosti. Ponekad je iznenađuje što ova otežana čvrstina, u koju oseća da se pretvara, i dalje može da se kreće sa lakoćom (Young, 2005: 52).“

Dakle, očekujem da će iskustvo konkretnih žena tokom trudnoće i porođaja moći da se opiše kroz ove različite, ali komplementarne konceptualne sheme koje omogućavaju rekonstrukciju otelovljenog doživljavanja i funkcionisanja za vreme prolaska kroz dinamične periode transformacije.

* * *

Pojmovna razlikovanja i konceptualna shema izložena u ovom poglavlju predstavljaju značajan vodič prilikom analize iskustava trudnoće i porođaja čemu ćemo se posvetiti u narednom delu rada. Uticaj fenomenološke teorije biće još obuhvatniji – ona će odrediti način na koji je fenomenu pristupljeno i kako je on ispitivan. Konkretni metodološki koraci koji će proces istraživanja učiniti transparentnim biće detaljno prikazani u narednom poglavlju.

METODOLOŠKI ASPEKTI: REFLEKSIVNI PUT KROZ ISTRAŽIVANJE

"The Western philosophical tradition favours the fantasy that this author, the subject of theory, is located outside the object of reflection. This is a voyeuristic tradition. Only from a distance may we hope to tell the truth. Only from a distance may we hope to pass a balanced judgement. Disentangled. Hands behind your back, do not get involved physically with whatever it is that you are theorizing about. Don't touch the white woman. Don't walk on the grass. The body of the subject of theory is not to get involved in the theorizing."

Annemarie Mol (2008: 32)

U ovom poglavlju detaljno će biti reči o osmišljavanju i izvođenju istraživanja koje stoji u osnovi ovog rada. Nastojacu da što transparentnije izložim donesene odluke u pogledu različitih metodoloških aspekata, ali i da prodiskutujem sumnje i predomišljanja povezana sa njima. Narativna struktura teksta u ostatku rada možda ostavlja utisak jednog linearnog i nekomplikovanog (iako kompleksnog) projekta, ali na osnovu ovog poglavlja biće jasno da je stvarni put bio znatno zamršeniji, sa mnogim lutanjima, stranputicama i slepim ulicama. Biće svakako izloženi i svi aspekti koji se u jednom metodološkom poglavlju očekuju – izbor uzorka, tehnika istraživanja, sekundarnih izvora podataka i okvira za analizu. Takođe, preciznije će biti određen predmet istraživanja i biće definisana osnovna pitanja na koje je ono pokušalo da odgovori.

Opšti metodološki okvir

Širi kontekst savremene psihološke nauke odlikuje velika podvojenost i sukobi, posebno na polju naučnog metoda. Naime, preovlađujuća atmosfera u akademskim krugovima odlikuje se preferencijom za kvantitativna istraživanja u odnosu na kvalitativna, što uglavnom podrazumeva i preferenciju za istraživanja na velikim uzorcima u odnosu na studije slučaja. Izbor jedne od ove dve metodološke alternative svakako da presudno određuje sve bitne činioce empirijskog istraživanja – od odabira samog fenomena koji će biti predmet naučne radoznalosti i aspekata pojave koji će se smatrati relevantnim, preko konstrukcije podataka koji treba da budu adekvatne reprezentacije tih aspekata, pa sve do ponuđenih interpretacija dobijenih nalaza (McGrath & Johnson, 2003). Nezavisno od mogućnosti da se i jedna i druga alternativa kritički preispituju uz oslanjanje na epistemološke i etičke argumente, ono oko čega (bi trebalo da) se slažu pristalice obe struje, jeste to da izbor metoda treba da zavisi od izbora istraživačkog problema (Marecek, 2003). Dakle, ono što je važno da se obezbedi jeste konzistentnost između teorijskih pretpostavki, metoda i proučavanog empirijskog fenomena. Uobičajena greška koja se u psihologiji pravi tiče se opisivanja dinamičnih, polustrukturisanih i nejasnih fenomena u

terminima dobro organizovanih struktura i statičkih dimenzija, što vodi stvaranju jasnih, preciznih (često i brojčano izraženih) artefakata, koji su potpuno irelevantni i za fenomen i za razvoj neke naučne oblasti (Valsiner, 2004). Upravo u podešenosti fenomenu vidim ključno opravdanje za oslanjanje na kvalitativnu metodologiju u ovom istraživanju – to je pristup koji omogućava holističku analizu kompleksnih, dinamičnih i kontekstualno uslovljenih pojava (Camic, Rhodes & Yardley, 2003). Pošto mi je cilj da se svojim istraživačkim fenomenom bavim na obuhvatan način, uz osvetljavanje različitih aspekata i bez apstrahovanja iz njegovog, i kulturnog i biografskog, konteksta³¹, kako bih mogla da ponudim višeslojne i kompleksne interpretacije, neki drugačiji vid istraživanja nije dolazio u obzir. Ovoj odluci u prilog govori i to što se sam fenomen tiče višeznačnog i promenljivog ženskog iskustva koje je oblikovano raznolikim socio-kulturnim i institucionalnim uticajima.

Ono što najčešće služi kao osnov privilegovanja kvantitativnog pristupa i, ujedno, opravdanje za diskvalifikovanje kvalitativnog, jeste pozivanje na kriterijum objektivnosti naučnog saznanja. Pod objektivnošću se generalno podrazumeva to da su rezultati istraživanja nezavisni od onih koji istraživanje izvode, što je u psihologiji uobičajeno garantovano korišćenjem instrumenata i standardizovanih tehnika i oslanjanjem na kvantifikaciju prilikom analize rezultata. Kvalitativna istraživanja se po pravilu ne oslanjaju na standardizovani metod i stoga su mnogo izloženi optužbama za subjektivizam, jer je u njima uticaj istraživača daleko očigledniji. Ipak, ovako shvaćena objektivnost je iluzija čak i u najrigoroznije izvedenim kvantitativnim empirijskim istraživanjima (Camic, Rhodes & Yardley, 2003). U svom svakodnevnom istraživačkom radu skoro svi naučnici su često neposredno svesni uticaja ličnih i situacionih faktora na proces svog istraživanja (Marecek, 2003). Iako su relativno proizvoljne istraživačke odluke prisutne u svakom koraku – od formulacije problema i operacionalizacije varijabli, preko izbora tehnike prikupljanja podataka, njihove kasnije transformacije i statističke analize, pa sve do interpretacije dobijenih nalaza – zvanično, nikakav subjektivni uticaj nije prepoznat ni analiziran, niti se o

³¹ Nasuprot idiografskom pristupu u kvalitativnoj paradigmi koji uvažava konkretni biografski kontekst osobe, nalazi se uprosečavanje podataka dobijenih od pojedinaca u posmatranom uzorku. Na taj način vrši se homogenizacija heterogenih klasa pojava i postupak induktivne generalizacije vodi potpunom zanemarivanju raznolikosti fenomena (Valsiner 1997).

njemu izveštava u publikacijama. Dakle, ne radi se samo o tome da kvantitativna istraživanja nisu objektivna, već da ova iluzija objektivnosti sa sobom nosi dodatnu opasnost jer subjektivni uticaju ostaju neprepoznati i nereflektovani. To nije slučaj sa kvalitativnim pristupom u kom se prepoznaje da je istraživanje uvek situirano u specifičnom društvenom, političkom, ekonomskom, ideološkom kontekstu³² i da naučni metod ne garantuje da istraživač neće uticati na istraživački proces i njegove ishode, pa se zahteva refleksivno promišljanje sopstvene partikularne perspektive (Camic, Rhodes & Yardley, 2003)³³.

U osnovi ovakvog zahteva stoji znatno radikalnija teza od one koja jednostavno prepoznaje neki dodatan uticaj subjektivnosti istraživača, jer se taj uticaj prepoznaje ne kao ometajući već kao nužan i formativan. Ovaj stav direktno je proistekao iz radova feministički i poststrukturalistički orijentisanih autora koji smatraju da je naučno istraživanje inherentno strukturisano subjektivnošću istraživača (mada ovakvo razumevanje ima daleko dužu tradiciju u filozofiji i društvenoj nauci). Epistemološka teza Done Haravej o situiranom i partikularnom znanju kao uslovu mogućnosti (objektivnog) saznanja reinterpreтира koncept objektivnosti i podrazumeva da je reflektovana subjektivnost na bitan način uslov objektivnosti (Haraway, 1991). Ova autorka tvrdi da objektivnost podrazumeva partikularnu i specifičnu poziciju i da je nezainteresovani naučni pogled koji transcendirira sve pozicije i dolazi niotkuda zapravo samo lažno obećanje ili ideološka varka. Ipak, ovaj „božanski trik“ (ibid: 195) ili „voajerska tradicija“ (Mol, 2008: 32) i dalje su dominantni u većini akademskih istraživanja. To posebno važi za psihologiju u kojoj postoji sistematsko izostavljanje subjektivnosti istraživača od koga se „očekuje da ostavi po strani, stavi u zagradu, sopstvenu psihologiju (*psychological self*)“, tj. ono što istovremeno „ispituje, meri, imenuje i objašnjava kod drugih“ (Morawski, 2000: 64).

Naravno, lakše je obavezati se na refleksivnost i ekspliciranje svog uticaja nego ostvariti taj zadatak. Zapravo bi ideja da je ovako nešto lako ostvarivo implicirala

³² Pored toga, istraživanja u raznim poljima tokom prethodnih decenija, a naročito u oblastima antropologije nauke i studijama nauke i tehnologije ukazala su na opseg i načine na koje lični, kontekstualni i politički faktori određuju svaki korak istraživačkog procesa, i to čak i u prirodnim naukama za koje se najčešće misli da nose oreol objektivnosti (Latour & Woolgar, 1986; Latour, 1987).

³³ U novije vreme javljaju se i pokušaji da se ovi uvidi iz kvalitativne paradigme integrišu u istraživanja u *mainstream* psihologiji (Gough & Madill, 2012).

pristajanje na teoriju subjekta i predstavu znanja koja je u suprotnosti sa idejama kvalitativne paradigme. Podrazumevalo bi se da je autoru, istraživaču, samotransparentnost u potpunosti dostupna i da on može da transcendira svoju socio-političku i ideološku situiranost i sasvim *objektivno* i neproblematično izvesti o sopstvenom uticaju na istraživanje. Iako smatram da je ovako nešto iluzorno isto koliko i pogled niotkuda, kako ga naziva Dona Haravej, verujem da je reflektivno preispitivanje neophodno i da je na nama da mu pristupimo što je odgovornije moguće, što podrazumeva i izveštavanje o sopstvenim zabudama, sumnjama i lutanjima. To je upravo ono što ću na narednim stranicama pokušati da uradim.

Refleksivna preispitivanja

Cilj ovog odeljka biće da osvetli prisustvo istraživača, kao realne osobe sa partikularnim interesima i interesovanjima koja su znatno oblikovala sve aspekte ovog istraživanja. Mislim da istraživač sa svojim specifičnostima figurira (bar) u dvostrukom smislu i obe te uloge treba da budu preispitane. Sa jedne strane, on ima ulogu u tome što istražuje – pre svega u izboru i konceptualizaciji teme i izvođenju samog ispitivanja. O ovom aspektu se po pravilu reflektuje u kvalitativnim istraživanjima. Drugi aspekt tiče se uloge istraživača u razumevanju teorijskih koncepcija i njihovom povezivanju. Ovaj zadatak izgradnje interpretativnog i teorijskog okvira nije ni najmanje jednostavan i neproblematičan i istraživač u taj proces unosi različita zakrivljenja i pristrasnosti, što se u kvalitativnim istraživanjima daleko ređe prepoznaje i uzima u obzir. U naredna dva odeljka nastojaću da rasvetlim svoju motivaciju da se bavim ovom temom, ali i teorijska lutanja koja su me dovela do toga da se njome bavim baš na način prikazan u ovom radu. Moja uloga u samom izvođenju istraživanja, posebno u odnosu koji sam uspostavljala sa učesnicama, biće preispitana nešto kasnije.

Izbor istraživačkog fenomena

U vreme razmišljanja o izboru istraživačke teme za doktorat u privatnom životu sam se po prvi put suočila sa svojom željom, čak potrebom, da imam dete. Ona je zapravo bila

izražena u formi koja me je posebno intrigirala – kao potreba da *rodim* dete – što je sa sobom nosilo izvesnu fascinaciju generativnim kapacitetom ženskog tela. S obzirom na moju prethodnu feminističku orijentaciju koja je doprinela tome da sa velikom sumnjom gledam na koncepte poput materinskog instinkta ili nekakve inherentne potrebe za rađanjem, nije mi bilo sasvim lako da razumem ili objasnim ovu novu motivaciju. Mislim da me je ta lična situacija koja je bila povezana sa jednom životnom fazom učinila posebno receptivnom za fenomen trudnoće i porođaja, onako kako se on pojavljivao u javnoj sferi (posebno u medijima). Dodatni korak prilikom izbora i specifikacije teme bio je olakšan kontingentnom činjenicom da se moja lična zainteresovanost vremenski poklopila sa specifičnom društvenom situacijom tj. nečim što sam sklona da vidim kao indikator transformacije (dela) srpskih žena od *pacijentkinja* u *korisnice* zdravstvenih usluga u lokalnim porodilištima. Konkretno, u to vreme je tema uslova u porodilištima bila izuzetno prisutna u medijima, jer se pojavila građanska inicijativa pod nazivom „Majka hrabrost“ koja je inicijalno prenosila (mahom traumatična) iskustva žena sa porođaja i postavila kao svoj cilj promenu situacije u srpskim porodilištima³⁴. Sa jedne strane, to mi je dalo mogućnost da se susretnem sa iskustvima ispričanim iz perspektive prvog lica od strane žena iz moje okoline o tome kako je porađati se u lokalnim okolnostima. Iako mi je način funkcionisanja disciplinarnih institucija bio poznat iz Fukoovih analiza, i nisam gajila neke iluzije o našem zdravstvenom sistemu, ipak me je veoma pogodilo saznanje o tome sa koliko nasilnih praksi se mnoge žene, slične meni, suočavaju u srpskim porodilištima i mogla sam veoma lako da se povežem sa njihovim pričama.

Sa druge strane, nezavisno od ove emotivne reakcije i identifikovanja sa pozicijom žena, prepoznavala sam zanimljiv trenutak u kome su se dešavale izvesne promene u našem okruženju. Dok su žene u prethodnim generacijama po pravilu bile pasivni recipijenti lekarskog tretmana, bez ikakvih resursa za opiranje praksama koje su nad njima vršene, ili makar preispitivanje tih praksi, današnjim ženama je, pre svega zbog pojave

³⁴ Nažalost, ova inicijativa koja je sebe prepoznala kao “rezultat je spontanog bunta žena nezadovoljnih tretmanom u srpskim porodilištima: neprikladnim ponašanjem zaposlenih, zastarelim i nehumanim bolničkim protokolima i korupcijom” posle nekog vremena prestala je da postoji. Ugašena je i njena internet stranica (<http://www.majkahrabrost.com/>) sa koje je prethodni citat preuzet i na kojoj se nalazilo nekoliko stotina porođajnih iskustava koje su žene poslale.

interneta, postalo dostupno kako medicinsko znanje, tako i iskustva žena koje svoju trudnoću i porođaj vode u zdravstvenim sistemima drugih zemalja. To je stvorilo situaciju u kojoj pri susretu sa lekarom sada više ne dolazi do tenzije i potencijalnog konflikta između laičkog znanja, sa jedne i ekspertskog, sa druge strane, već se susreću i sukobljavaju dve vrste ekspertskog znanja – lokalno i globalno i, u situaciji srpskog zdravstvenog sistema, tradicionalno i savremeno. Zbog toga mi je delovalo zanimljivo sticanje uvida u ovu nesinhronizovanu transformaciju medicinskog staranja o reprodukciji u lokalnom okruženju, tokom koje se rigidni obrasci medicinskog znanja i modeli prakse primenjuju na izmenjene korisnice usluga koje su ne samo informisane, već često žele i da preuzmu aktivnu ulogu u staranju o svom stanju.

Iako su me lična zainteresovanost i sopstvena preispitivanja približili temi trudnoće i porođaja, presudnu ulogu u tome da mi ova tema ne ostane hobi, koji bih praktikovala kroz čitanje feminističke literature i trudničkih i porođajnih iskustava na internetu, već da o njoj počnem da razmišljam kao o istraživačkom problemu, odigrala su moja teorijska interesovanja.

Pristup istraživačkom fenomenu: teškoće i lutanja

Ono što je odredilo specifični fokus u pristupu fenomenu koji me je zaintrigirao, jeste moja prethodna zainteresovanost za ulogu oruđa – simboličkih sredstava i materijalnih artefakata – u ljudskom funkcionisanju, odnosno, najopštije uzeto, zanimanje za odnos subjektivnosti i tehnologije. Ovo interesovanje bilo je oblikovano kulturno-istorijskim pristupom koji je godinama za mene predstavljao najbližiji teorijski okvir u psihologiji i, posebno, savremenim tendencijama u okviru tog pristupa koje su poznate pod imenom kulturna psihologija (Cole, 1996; Valsiner, 2004). U fokusu ove oblasti je kultura kao medijatorno sredstvo koje u procesu konstituisanja individualnog iskustva i lične istorije nudi simbolička sredstva koja taj proces podržavaju, ali i ograničavaju, sa posebnim naglaskom na aktivnoj ulozi pojedinca kao centralnog agenta. Ono što sam doživljavala kao ograničenje ovakvog pristupa jeste to što je akcenat skoro isključivo stavljen na simbolički aspekt kulture – koja se pre svega definiše u terminima zajedničkog (eng. *shared*) značenja,

simbola, pojmova, narativa, vrednosti i reprezentacija koji su socijalno konstruisani – što vodi tome da se nedovoljno prepoznaje uticaj materijalnih aspekata okruženja i institucionalnih uslova (taj uticaj se ponekad načelno prepoznaje, ali se po pravilu ne analizira).

To me je podstaklo da tragam za alternativnim teorijskim okvirima i tako mi se relativno skorašnji *materijalistički* obrt³⁵ u društvenim i humanističkim naukama (Barad, 2003, 2007; Coole & Frost, 2010; Haraway, 1991c), koji se javio kao reakcija na privilegovanje simboličkog, diskurzivnog aspekta kulture tokom prethodnih decenija, učinio kao plodni resurs za empirijski pristup u okvirima psihologije koji bi obraćao pažnju na materijalne aspekte društvenog okruženja, telesnu situiranost subjekata i institucionalno-tehnološku praksu kroz koju su oni konstituisani³⁶. Teorija aktera-mreže (ANT) razvijana u okvirima studija nauke i tehnologije, kao izraz ove opštije tendencije, činila mi se posebno pogodna kao okvir zbog svog izrazito empirijskog usmerenja (za razliku od prvenstveno teorijskih preokupacija u nekim drugim oblastima). Zato je fokus ovog istraživanja, način na koji sam pristupala dilemama i problemima, kao i najopštiji pristup analizi, u velikoj meri određen ovim teorijskim okvirom i njegovim empirijskim preokupacijama.

ANT je procesualističko i relacionističko stanovište po kome je svaki fenomen (društvena formacija, tehnički objekt ili psihički subjekt) heterogeno građen i uvek samo lokalno i privremeno dovršen (Latour, 1999, 2005; Law, 1992, 1999). Svi objekti su zapravo efekti generisani kroz heterogene mreže, sastavljene od humanih i ne-humanih entiteta – ljudi, mašina, životinja, tekstova. Oni nemaju nikakve inherentne kvalitete i oblik i atribute stiču kao rezultat relacija sa drugim objektima, što znači da se razumeju kao efekti ili ishodi koji nikad nisu unapred dati i kojima se može samo empirijski pristupiti³⁷.

³⁵ Na ovaj zaokret u pristupu fenomenima se ponekad referira i kao na materijalno-semiotički, post-humanistički, relaciono-materijalistički itd. (Kontopodis, 2012).

³⁶ Svakako se i dalje prepoznaje da je institucionalno- tehnološka praksa društvena praksa, ali se smatra da se ona ne može redukovati na socijalne interakcije i reprezentacije (Berg & Akrich, 2004).

³⁷ U principu je i istraživački stav prema predmetu istraživanja, i realnosti uopšte, preuzet iz etnometodologije – odbacivanje svih prethodnih pretpostavki o prirodi i osobinama predmeta koji se ispituju (Spasić, 2007).

Postoje uvek i jedino kao posledice konstantnog rada i *pod izvesnim okolnostima* su podložni i podležu relativizacijama³⁸.

Dakle, teorija aktera-mreže zagovara relaciono i kontekstualno objašnjenje kako objekata iz okruženja, tako i subjekata. Smatra se da sposobnosti i kompetencije nisu smeštene unutar osoba, već su distribuirane u sredini koja je oblikovana i opremljena tehnikama koje podržavaju i omogućavaju, ali i ograničavaju, te sposobnosti i kompetencije. Seting, odnosno specifična konstelacija uslova, raspored objekata, dostupnost ili odsustvo nekih stvari određuju moguće načine reagovanja i doživljavanja.

Shvatanje subjekta kao višestrukog, potencijalno nekoherentnog, procesualnog (koji se odvija u vremenu i kroz različite prakse) i koji je produkt relacija, poznato je i prihvaćeno i kod nekih autora u psihologiji koji su bliski socio-kulturnoj paradigmi (v. Benson, 2001; Harré, 2001; Gergen, 2009; van Langenhove & Harré, 1999). Osnovna razlika tiče se toga što se prema ovim stanovištima subjektivnost isključivo, ili bar pretežno, *diskurzivno* proizvodi i to u relaciji sa *drugima* u socijalnoj sredini. Ukoliko sledimo ANT pretpostavićemo da se subjekti ne pozicioniraju samo u diskursu, već u realnosti koja je kako diskurzivna tako i materijalna. Takođe, pozicioniraju se i u odnosu prema objektima, ne samo realnim ili imaginarnim drugima tj. subjektima.

Ova teorija takođe je delimično saglasna sa još jednom socio-kulturnom tradicijom u psihologiji – teorijom delatnosti (Engeström, 1999; Kaptelinin i Nardi, 2006; Leontyev, 1978). Oba teorijska stanovišta zalažu se za ideju ljudskog subjekta koji nije celovit i određen granicama svog tela, već distribuiran i posredovan, i to u bitnoj meri tehnološkim sredstvima (za detaljno poređenje vidi Miettinen, 1999, Spinuzzi, 2008). Ipak, fokus na sistemu delatnosti ne odgovara situaciji trudnoće, posebno kad ženu posmatramo tokom svakodnevnog života, van medicinske institucije. Pored toga, za autore iz teorije delatnosti relevantni objekti su pre svega oruđa (eng. *tools*), što izostavlja sve druge materijalne aspekte sredine koji ne spadaju u sredstva za ostvarenje ciljeva. Dakle, ANT ima šire razumevanje posrednika i materijalnih činilaca.

³⁸ Ovo je bitan dodatak jer su socio-tehnološke mreže (kao npr. mreža bolničkog porođaja) često veoma otporne i rigidne i potrebno je mnogo da bi bile izazvane i relativizovane (v. Halfon, 2010).

Ipak, ove prednosti došle su sa izvesnom cenom. Oslanjanje na izrazito nepsihološki teorijski okvir nosilo je sa sobom brojne teškoće koje sam uspela, nakon dugog lutanja i bezuspešnih pokušaja, da prevaziđem tek delimičnim odstupanjem od samog tog okvira, ili, možda bi bolje bilo reći, fleksibilnom aproprijacijom nekih njegovih aspekata. Osnovni problem je ležao u tome što me je ANT fiksirao za perspektivu trećeg lica. U studijama koje se na ovu teoriju oslanjaju, po pravilu se ispituje interakcija i ko-produkcija subjekata i objekata u konkretnom kontekstu, tako što se oni posmatraju na spoljašni, objektivistički način. S obzirom na to da sam u istraživanju kretala od subjektivnih iskustava žena, datih iz prvog lica, tokom analize mi je često delovalo da vršim analitičko nasilje time što njihove doživljaje posmatram kroz ANT prizmu³⁹. Mene pre svega zanima kako se nešto pojavljuje za ženu tj. nastojim da rekonstruišem situaciju trudnoće i porođaja iz njene perspektive. Da bih to razumela, svakako se bavim i time kako su žena i njeno telo tretirani, pozicionirani, reprezentovani, jer su ovi vidovi *objektivnog* postupanja konstitutivni za njeno *subjektivno* iskustvo (i u tome mi je ANT pristup bio od pomoći). Dakle, ja se ne bavim time kako su trudnoća i porođaj konstituisani, što bi bila tipična tema ANT istraživanja, već kako su konstituisana iskustva ovih procesa za samog subjekta.

Fenomenološki okvir mi je omogućio da se od početnog pogrešnog usmerenja distanciram i da pokušam da rekonstruišem situaciju trudnoće i porođaja iz perspektive prvog lica - tj. usmerila sam se na *subjektivno iskustvo* kao osnovnu temu svog istraživanja. Ovaj okvir mi je takođe pomogao da subjekta konceptualizujem kao otelovljenog, a ne da mi se telo pojavljuje kao neki nezavisni akter u situaciji, čime bih samo reprodukovala kartezijansku dihotomiju. Indikator toga da ANT nije dovoljno opremljen za bavljenje subjektima i njihovim iskustvom jeste i činjenica da su autori koji u ovom okviru rade takođe skloni da se oslanjaju na fenomenološke resurse u istraživanjima koja su usmerena na subjektivnost (v. Akrich & Pasveer, 2004; Mol & Law, 2004).

I pored toga što ANT neće predstavljati osnovni konceptualni okvir za analizu rezultata, čini mi se da je značajno oblikovao pristup u ovom radu, jer je u nekom smislu nastavio da figurira kao opšti metodološki okvir. Inspirisana njime nastojala sam da

³⁹ Zbog te fiksacije na perspektivu trećeg lica bila sam sklona i da reifikujem subjektivnost, da je zamišljam kao objekat među drugim objektima i da se pitam o njenim karakteristikama. Zapravo je subjektivnost ne stvar u svetu, već način na koji se sve druge stvari pojavljuju. Subjektivnost, shvaćena iz prvog lica, neizostavno je iskustvena i ima reflektivnu strukturu.

prepoznam na koji je način iskustvo konstituisano kroz interakciju različitih elemenata prisutnih u lokalnoj situaciji, a postala sam i receptivna za ulogu materijalnog okruženja i objekata u njemu. Pored toga, uvidi iz teorije aktera-mreže, posebno u pogledu kompleksne i situirane prirode tehnologije, predstavljali su značajan resurs. Konkretno, oslanjala sam se na istraživanja mnogih autora iz ANT paradigme, o kojima je bilo reči na kraju drugog poglavlja gde je određena pozicija ovog rada. Dakle, i pored toga što ovaj okvir nije eksplicitno prisutan onoliko koliko sam u početku zamišljala, verujem da je u značajnoj meri implicitno prisutan u mnogim analizama i da mi je omogućio perspektivu kakvu nisam imala ranije.

Možda je čak od početka bilo pogrešno to što sam ANT shvatala kao *teorijsko* polazište koje treba da mi pruži pojmovni okvir za pristup fenomenu i njegovu analizu. Latur ističe da ANT nije prosto teorijski okvir u koji možemo da ubacimo svoje činjenice i odnose (Latour, 1999). To je pre metod, način praćenja proizvodnje činjenica, ili možda čak samo skup stavova koje podrazumevamo kad istražujemo. Takođe, idiosinkratični pojmovi koje Latur uvodi (akter, prevođenje, mreža) ne označavaju *šta* je ono na šta referišu tj. kakva je priroda fenomena, već *kako* je moguće mapirati taj fenomen tj. kako bi trebalo da se bavimo njime (Latour, 2005: 174), što takođe upućuje na *metodološku* priorodu ovog stanovišta. ANT pojmovi predstavljaju pre svega način na koji treba pristupiti materijalu, a ne gotovu interpretativnu shemu u koju neki konkretan empirijski materijal može da se uklopi. Zbog toga mnoge empirijske studije iz ove struje nisu prepoznatljive na prvi pogled, jer se ne oslanjaju na neki zajednički skup pojmova. Ako ozbiljno shvatimo ove preporuke, istraživanje koje sam izvela je možda i bliže ANT-u nego što je bilo dok sam se eksplicitno držala konceptualnog okvira ovog pristupa.

Osmišljavanje i izvođenje istraživanja

Slično pronalaženju i izgradnji teorijskog okvira, i izvođenje samog istraživanja tj. prikupljanje empirijskog materijala sledilo je nepravolinijsku i kompleksnu putanju i proteglo se na duže od godinu dana. Intervjui sa trudnim ženama od početka su bili planirani kao primarni izvor podataka tj. empirijska srž istraživanja, ali postojale su mnogobrojne pripremne i dodatne istraživačke strategije koje sam koristila. Mnoge aktivnosti su se odvijale paralelno, ali pokušaću ipak da dam njihovu okvirnu hronologiju i kratak opis.

Pripremne aktivnosti i terensko istraživanje

U pripremnoj fazi, tokom 2011. godine, paralelno sa bavljenjem teorijskom literaturom čitala sam trudnička i porođajna iskustva žena dostupna na sajtovima specijalizovanim za temu trudnoće i majčinstva, pratila novinske članke i TV emisije u vezi sa ovom temom. To mi je omogućilo da steknem okvirni uvid u značajna pitanja i pripremim se za intervjuje sa učesnicama u istraživanju. Pored toga, pokušala sam da se upoznam sa medicinskim okvirom u kome su trudnoća i porođaj u našem okruženju tretirani. Čitala sam udžbenike iz ginekologije i akušerstva koje su pisali naši lekari, a iz kojih budući akušeri uče (Milošević et al., 1988; Mladenović et al., 2008; Plećaš et al., 2005; Ristić, 2001); razgovarala sa nekoliko studenata medicine i preslušavala snimke predavanja iz ginekologije i akušerstva sa Medicinskog fakulteta u Beogradu koja sam od njih dobila. Pored toga, prikupljala sam podatke iz zvaničnih dokumenta koji su usmereni na regulaciju medicinske prakse i sadrže osnovne statističke podatke o situaciji na terenu: nacionalni vodiči za babice i lekare (Zdravstvena zaštita žena u toku trudnoće, 2005; Fiziološki porođaj, 2009); Uredba o nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine (2009); Odabrani zdravstveni pokazatelji koje prikuplja institut za javno zdravlje Srbije (2012) itd. Cilj ovih pripremnih aktivnosti bio je da se upoznam sa organizacijom medicinskog staranja o ženskom reproduktivnom zdravlju, kao i propisanim pregledima i intervencijama tokom trudnoće i porođaja koji čine normativni okvir za stvarnu medicinsku praksu. Ipak, bila sam svesna da se taj normativni okvir na različite načine

preslikava na situaciju na terenu⁴⁰ i zbog toga sam tokom 2012. godine prikupljala informacije u samim medicinskim institucijama što je činilo terenski deo istraživanja.

Ispostavilo se da nije lako dobiti pristup porodilištima u Beogradu. Ne postoji razvijena formalna procedura za prijem istraživača, ukoliko oni nisu lekari i već ne rade ili stažiraju u datoj ustanovi. Medicinsko osoblje sa kojim sam se susretala je generalno imalo nepoverljiv stav prema psihološkinji koja želi da razgovara sa trudnim ženama i porodiljama u bolnici i povremeno je samo dolaženje do osobe od koje bih mogla da tražim dozvolu za ulazak u instituciju predstavljalo pravi izazov⁴¹. Dobra strana dugog procesa pregovaranja oko dopuštenja da obavljam istraživanje u porodilištu bilo je to što mi je on omogućio da steknem uvid u strogo hijerarhijsko uređenje naših medicinskih institucija, norme koje tamo vladaju, obrasce međusobnog odnošenja, kao i postupanja prema trudnicama i porodiljama. Takođe, imala sam priliku da razgovaram sa trudnicama koje su uglavnom bile u devetom mesecu i dolazile su u ambulantni deo porodilišta na ultrazvučni ili CTG pregled⁴². Nakon svake posete porodilištima pravila sam detaljne beleške. U jednoj od dve ustanove koje sam posećivala nekoliko nedelja dobila sam saglasnost načelnice, pa sam predala dokumentaciju i narednih šest meseci čekala odobrenje etičkog odbora ustanove⁴³.

Dok sam čekala odobrenje za ulazak u porodilište, terenski rad sam preusmerila na psihofizičke pripreme za porođaj u jednom beogradskom domu zdravlja. Dobijanje odobrenja da posmatram časove priprema za porođaj bilo je lakši zadatak iz dva razloga. Domovi zdravlja su manje zatvorene institucije od porodilišta (koja se nalaze na

⁴⁰ Ova pretpostavka ispostavila se kao tačna. Posebno je očigledan jaz između stvarne medicinske i institucionalne prakse i onoga što propisuju zvanična dokumenta koja su usaglašena sa preporukama Svetske zdravstvene organizacije i standardima u drugim evropskim zemljama (za detaljniju analizu vidi, Stanković, 2013).

⁴¹ To što sam imala zvaničnu molbu da mi se omogući obavljanje istraživanja za potrebe doktorske teze upućenu od strane Filozofskog fakulteta u Beogradu nije imalo uticaja na njihov generalni stav.

⁴² Moji pokušaji da dobijem dozvolu za ulazak na porođajno odeljenje praktično su podrazumevali to da sam u proseku dva puta nedeljno tokom marta i aprila 2012. godine odlazila u dva velika porodilišta u Beogradu i razgovarala sa medicinskim osobljem, čekala lekare koji bi „možda bili raspoloženi da me saslušaju“ i prijem kod načelnika. To je značilo da sam po nekoliko sati provodila u čekaonicama i ambulantom delu porodilišta i imala priliku da pričam sa ženama koje su tamo čekale na pregled.

⁴³ Sva dokumentacija – opis istraživanja, planiranih aktivnosti, obrasci za pismenu saglasnost i sl. – nalaze se u prilogima na kraju teksta.

sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite). Pored toga, pre toga sam pohađala seminar za zdravstvene radnike (na kome su načelnici odeljenja ginekologije iz različitih domova zdravlja izlagali redosled pregleda tokom trudnoće), pa sam zbog kontakata koje sam tamo stekla brzo i lako dobila pristup. Pohađala sam časove priprema nekoliko puta nedeljno tokom dva letnja meseca 2012. godine. Osim upoznavanja sa sadržajem priprema, tokom porođaja i procedurama u porodilištu, o kojima se govorilo na samim časovima, pre i nakon njih sam imala priliku da razgovaram sa babicom i trudnim ženama. Takođe, to je bila prilika da regrutujem jedan deo učesnica koje sam intervjuisala za glavni deo istraživanja.

Terensko istraživanje u jednom beogradskom porodilištu obavila sam tokom četiri jesenja meseca 2012. godine. Odlazila sam na porođajno odeljenje⁴⁴ jednom do dva puta nedeljno na po nekoliko sati i tako sam dobila priliku da posmatram bolničke režime i prakse, kao i da razgovaram sa više desetina žena koje su nakon porođaja ležale na odeljenju. Iako sam relativno često imala priliku da stupim u kratku interakciju sa medicinskim osobljem, na dug i detaljan razgovor pristao je mali broj njih⁴⁵. Pisala sam beleške posle svake posete porodilištu, kao i nakon razgovora sa ženama, dok sam još boravila u bolnici. Nešto više od deset razgovora je i snimljeno, ali je kvalitet snimka veoma loš zbog uslova u kojima su se razgovori odvijali. Naime, sva interakcija sa porodiljama se dešavala u sobama u koje su one smeštene zajedno sa bebama (program „Bolnica prijatelj beba“⁴⁶). Sa ženama sam razgovarala nasamo samo ukoliko su bile u jednokrevetnom apartmanu, a inače ih je bilo od dve do šest u jednoj sobi. Ova okolnost je podrazumevala u metodološkom smislu veoma slabo kontrolisano okruženje – razgovori su prekidani plačom beba, upadicama ostalih žena koje su se nadovezivale i poredile iskustva, ulaskom medicinskog osoblja itd., ali ujedno je obezbeđivala ekološku validnost, jer su sve specifičnosti realnog okruženja bile neposredno prisutne u (skoro) neizmenjenom obliku.

⁴⁴ Iako ne i u same porođajne sale kako bih posmatrala porođaje, jer mi je to više puta predstavljeno kao neizvodljivo i nemoguće zato što „nije u skladu sa propisima institucije“.

⁴⁵ Samo četiri akušera, dve medicinske sestre i tri babice. Razgovor sa troje lekara je snimljen i transkribovan, a sa ostalih razgovora imam detaljne beleške.

⁴⁶ Ovaj program je dobar primer jaza koji postoji između inicijative, onako kako je ona opisana u *policy* dokumentima (Uredba o nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine, 2009), i njene implementacije u praksi.

Terensko istraživanje omogućilo mi je da steknem uvid u vrstu, redosled i vremenski okvir medicinskih pregleda i intervencija tokom trudnoće i porođaja, kao i način funkcionisanja naših zdravstvenih institucija. Razgovori sa velikim brojem žena o njihovim iskustvima tokom trudnoće i porođaja olakšali su mi da prepoznam tipične momente u intervjuima koje sam obavljala van institucije, a koji čine empirijsku bazu ovog rada, iako intervjui sa ženama u porodilištu nisu detaljno i sistematično analizirani. Takođe, verujem da su mi svi uvidi koje sam na ovaj način stekla, i samo iskustvo boravka u instituciji, omogućili adekvatniju i zasnovaniju interpretaciju primarnih podataka⁴⁷. Dakle, namera kojom sam se vodila prilikom oslanjanja na sekundarne izvore podataka nije bila da izvodim neku samostalnu dodatnu analizu, koja bi bila paralelna sa analizom intervjuja, i koja bi se oslanjala i na neke druge analitičke okvire (poput analize diskursa). Detaljna i obuhvatna analiza socijalnog i ideološkog (diskurzivnog) prostora u kome se teme trudnoće i porođaja konstituišu, kao i analogna analiza institucionalnih i medicinskih praksi zahtevala bi studiju višestruko većeg obima nego što je ova. Cilj je bio samo da se upoznam sa kontekstom trudnoće i porođaja i da što više uronim u njega, kao i da budem okružena različitim (nekada sasvim suprotstavljenim) glasovima koji su mi omogućili zauzimanje različitih perspektiva iz kojih mogu da pristupim narativima svojih sagovornica.

Centralni deo istraživanja: intervjui sa sagovornicama

Centralni deo istraživanja činilo je 25 polustrukturisanih intervjuja koji su obavljani tokom druge polovine 2012. i prve polovine 2013. godine. Razgovori su obavljani sa 13 sagovornica, prvi na kraju trudnoće, a drugi nakon porođaja, i prosečno su trajali po dva sata. Svi razgovori snimljeni su i transkribovani i oni predstavljaju osnovni empirijski materijal na kome je zasnovana analiza prikazana u narednom delu rada. Polustrukturisani intervju je često tehnika izbora u istraživanjima koja se bave ljudskim iskustvom, jer dovoljno otvoreni razgovor obezbeđuje da se iskustvo artikuliše na način koji je

⁴⁷ Istraživačka strategija u ovom radu može se prepoznati kao vrsta trijangulacije podataka iz različitih izvora koji omogućavaju osvetljavanje različitih aspekata fenomena, što je predloženo kao način obezbeđivanja validnosti u kvalitativnim istraživanjima (Flick, 1992).

sagovornicama blizak i to na obuhvatan i detaljan način (Smith, 1995). Mogućnost spontane artikulacije iskustva smatra se značajnim jer prirodni jezik bolje reprezentuje psihološki relevantno ljudsko iskustvo nego apstraktni ili tehnički pojmovi koji se u psihološkim istraživanjima često koriste (Polkinghorne, 1990), a fleksibilan raspored i okvir tema omogućava da se u materijalu pojave i neočekivani aspekti fenomena, kao i to da učesnice imaju mogućnost da relativno slobodno strukturiraju narative o svom iskustvu. Najpre ću obrazložiti izbor učesnica u istraživanju, a zatim će biti izloženi svi relevantni aspekti procesa samog ispitivanja.

Učesnice u istraživanju

Jedino što je figuriralo kao relevantan kriterijum prilikom izbora sagovornica bilo je to da budu trudne u vreme prvog intervjua. One nisu bile sistematski birane ni po jednom obliku reprezentativnosti – socio-ekonomskom statusu, obrazovanju, mestu stanovanja, godištu itd., jer cilj istraživanja nije bio otkrivanje faktora koji mogu da objasne individualne razlike u organizaciji narativa o trudnoći i porođaju. U istraživanju sam sledila principe teorijskog uzorkovanja (Strauss & Corbin, 1998: 201-217; Charmaz, 1995: 44-47), što isključuje potrebu za sastavljanjem balansirano uzorka po bilo kojoj od demografskih karakteristika, jer se reprezentativnost podataka u kvalitativnim istraživanjima postavlja na sasvim drugačiji način. Dok u kvantitativnim studijama uzorak treba adekvatno da reprezentuje populaciju na koju želimo da generalizujemo rezultate (što se postiže primenom odgovarajućih statističkih postupaka), u kvalitativnim istraživanjima se ne govori o reprezentativnosti za populaciju, već o reprezentativnosti za fenomen koji je konceptualizovan na neki način. Tako cilj ove vrste ispitivanja nije generalizacija, već što je moguće potpunija specifikacija fenomena od interesa. Takođe, žene koje prolaze kroz trudnoću i porođaj me ne zanimaju kao posebna podpopulacija koja pokazuje različite vrednosti na nekim već poznatim dimenzijama (što je tipičan pristup u psihološkim istraživanjima), već me zanimaju u svojoj svojoj specifičnosti – njihovo iskustvo posmatraču kao svojevrsnu konstelaciju različitih elemenata u sasvim specifičnim životnim okolnostima. Ono što sam nastojala da ispunim prilikom izbora učesnica jeste to da one

budu povišeno artikulisane, reflektovane i elokventne, što je značajna okolnost u kvalitativnim istraživanjima, kao i da ih ne poznajem (ili eventualno površno poznajem).

Skoro sve sagovornice su u vreme prvog intervjua bile trudne sa svojim prvim detetom, zatrudnele su „prirodnim“ putem i imale su medicinski nekomplikovane trudnoće. Polovina njih je prošla neki vid psihofizičkih priprema za porođaj. Sve su se porodile u državnim medicinskim ustanovama. Skoro sve učesnice su visoko obrazovane ili su bile na završnoj godini studija, i u vreme intervjua živele su u Beogradu. Takođe, sve sagovornice živele su sa partnerima u vreme intervjua. Prosečna starost sagovornica bila je 30 godina (u rasponu od 26 do 49 godina). Značajno je još da napomenem da su sve trudnoće bile željene (iako neke nisu bile planirane), odnosno da su sve sagovornice ili imale eksplicitnu želju i plan da zatrudne ili su izabrale da prihvate trudnoću i identifikovale su se sa njom. Ovo se često naglašava kao bitna okolnost koja određuje kako će trudnoća biti doživljena (Young, 2005: 47; de Bovoar, 1983: 321).

Već na osnovu ovog opšteg pregleda jasno je da uzorak nije u potpunosti homogen, iako to jeste u velikoj meri. U uzorku postoji jedna učesnica sa sela koja ima srednjoškolski nivo obrazovanja, jedna učesnica sa „rizičnom“ trudnoćom⁴⁸ koja je zatrudnela putem vantelesne oplodnje i porodila se carskim rezom, i jedna koja je bila trudna sa drugim detetom. Postojanje ovih razlika u uzorku je saglasno sa jednim od koraka teorijskog uzorkovanja koji podrazumeva ciljano biranje onih slučajeva koji će nam omogućiti da uočimo najbitnije razlike koje se javljaju u ispoljavanju fenomena, kao i da utvrdimo na koji su način različiti aspekti fenomena povezani sa kontekstom i do kakvih posledica oni dovode (Strauss & Corbin, 1998).

Ipak, prilikom čitanja nalaza ove studije treba imati u vidu da su sve sagovornice (sa jednim izuzetkom) visoko obrazovane, da žive u Beogradu i da samim tim njihova iskustva možda nisu reprezentativna za veliki broj žena u Srbiji. Na primer, ženama van Beograda ne stoji na raspolaganju izbor između različitih porodilišta, ali često ni mogućnost uzimanja anestezije na porođaju. I pored ovog ograničenja uzorka, treba istaći da učesnice u ovom istraživanju ne pripadaju nekom privilegovanom sloju kome su na raspolaganju različiti

⁴⁸ To da li je trudnoća „normalna“ ili „rizična“ implicira vrstu i opseg prenatalne dijagnostike i medicinskih intervencija koje se primenjuju kako bi se ona nadgledala i održavala (Philipp & Carr, 2001).

reproduktivni izbori. Osim jedne sagovornice, nijedna nije razmatrala alternativni model porođaja van bolničke institucije niti je uspjela da se odupre hegemonom modelu medicinskog staranja i često opresivnom institucionalnom tretmanu. Verujem da su u tom smislu one prolazile pre kroz slična nego kroz različita iskustva kao većina žena u zemlji. U prilog tome govori i činjenica da je sagovornica koja dolazi sa sela i ima srednjoškolsko obrazovanje imala prilično slično iskustvo trudnoće i porođaja, kao i da je bila dobro upoznata sa medicinskim znanjima putem interneta. Zbog toga smatram da ograničenja ovog uzorka treba imati u vidu pre svega kada se razmišlja o reproduktivnim iskustvima ozbiljnije deprivilegovanih i deklasiranih žena – neobrazovanih, Romkinja, sa veoma ograničenim kulturnim kapitalom ili pristupom informacijama – jer njihovi glasovi ovim istraživanjem nisu reprezentovani. To takođe važi i za one žene koje su neželjeno zatrudnele i nisu se identifikovale sa svojim stanjem, kao i potencijalno za one koje nemaju podršku oca deteta ili porodice i bliskih osoba iz okruženja, jer je očekivano da „trudnoća i materinstvo budu doživljeni na veoma različite načine – prema tome da li se odvijaju u pobuni, mirenju sa sudbinom, zadovoljstvu, oduševljenju (de Bovoar, 1983: 321).“

Iz principa teorijskog uzorkovanja sledi i kriterijum teorijske saturacije koji određuje veličinu uzorka, što podrazumeva prestanak intervjuisanja onda kada u materijalu prestanu da se pojavljuju značajno novi elementi. Pored toga, od početka je planirano da maksimalni broj sagovornica bude petnaest, što je u skladu sa preporukama metodološkog pristupa na koji smo se oslanjali u ovom istraživanju (Eatough i Smith, 2008: 186). Idiografska orijentacija koja podrazumeva detaljnu analizu pojedinačnih slučajeva, posvećenost individualnim specifičnostima i životnom kontekstu osoba, ima posledice po veličinu uzorka koji u ovakvim ispitivanjima retko prelazi jednocifreni broj⁴⁹. Takođe, uviđa se prednost višestrukog intervjuisanja malog broja učesnika, jer se time omogućavaju bogati i kontekstualno situirani uvidi o subjektivnom iskustvu. To je strategija koje sam se držala u ovom istraživanju. Realizovani uzorak činilo je trinaest

⁴⁹ Što je određeno i praktičnim ograničenjima – veoma je zahtevno sa stanovišta vremena i resursa za samostalnog istraživača da vrši detaljnu analizu više desetina relativno dugih i detaljnih intervjuja.

učesnica – sa njih dvanaest je obavljeno po dva intervjua, a sa jednom samo intervju na kraju trudnoće⁵⁰.

Većina sagovornica regrutovana je tehnikom „snežne grudve“ („*snowball*“). To podrazumeva da sam inicijalno zamolila svoje poznanike da me povežu sa nekom svojom trudnom poznanicom koju sama ne poznajem. Prve učesnice su mi nakon toga preporučivale osobe koje one poznaju. Trećina sagovornica je regrutovana na pripremama za porođaj u jednom beogradskom domu zdravlja (njih četiri). Pokušaću da objasnim zašto je samo ovako mali broj trudnih žena sa časova priprema za porođaj pristao da bude intervjuisan⁵¹, iako sam tamo naišla na generalnu atmosferu prihvatanja i one su po pravilu bile spremne da stupe u neobaveznu interakciju sa mnom. Dosta veći broj njih se raspitivao da li treba da se popuni neki upitnik i delovalo mi je da su bile prilično iznenađene time da to što je potrebno jeste obaviti duži razgovor. Verujem da je iznenađenost posledica izgrađenih očekivanja o tome šta psiholozi rade i na koji način vrše ispitivanja. Pristajanje na intervju (i to ne jedan nego dva) podrazumeva prilično ulaganje i vremena i svoje privatnosti i čini mi se da je to objašnjenje za uzdržanost. Neophodnost da sagovornice sa mnom uđu u intimniji odnos nego što je to u psihološkim istraživanjima uobičajeno slučaj nije bila nametnuta samo temom (koja nužno zadire u veoma privatna iskustva i odnose), već i praktičnim okolnostima – sve sagovornice su u podmakloj fazi trudnoće i najprijatniji (a ponekad, s obzirom na dužinu intervjua) i jedini prihvatljiv način je to da me pozovu u svoj dom kako bismo obavile razgovor. Deluje mi da je za mnoge žene ovo jednostavno predstavljalo previše ulaganja i potencijalne nelagodnosti i da su zato odustajale od učestvovanja u istraživanju. Pritom, izbegavala sam da ih stavim u bilo kakvu situaciju pritiska time što bih ih individualno pitala da učestvuju i time ih obavezivala da me odbiju "u lice". Umesto toga, predstavila bih se na kraju časa i rekla ukratko čime se bavim, a onda im podelila papire sa kratkim opisom istraživanja, toga šta se od njih očekuje, mojim kontaktom, kao i obrascem za informisanu saglasnost (dati su u prilogu). Molba je bila da mi se jave ukoliko su zainteresovane. Znala sam da će im ovako biti mnogo

⁵⁰ Ova učesnica se preselila u drugu državu pre nego što smo uspele da se dogovorimo oko postporođajnog intervjua.

⁵¹ Samo četiri su intervjuisane, mada se javilo ukupno njih šest. Preostale dve su se prevremeno porodile neposredno pre ugovorenog razgovora.

lakše da učešće izbegnu, ali sam takođe znala da će mi se javiti samo veoma motivisane sagovornice, što sam smatrala značajnijim. Takođe sam namerno izbegla to da prepustim babici da ih pita umesto mene (iako mi je to ponuđeno), jer nisam ni na koji način želela da budem povezana sa medicinskim osobljem (više nego što je bilo neophodno kao posledica toga što ih regrutujem u domu zdravlja). Od početka sam imala nameru da izbegnem regrutovanje učesnica preko medicinskih institucija i njihovog osoblja, jer mi je bilo značajno da me one ne dožive kao deo medicinskog establišmenta.

U nastavku će biti dat kratak narativni opis svih učesnica u istraživanju sa osnovnim podacima o njima (njihova imena su izmenjena kako bi se sačuvala anonimnost).

Tamara ima 32 godine i iz Beograda je. Nastavnik je istorije i trenutno je nezaposlena. Njena trudnoća je planirana i prethodila joj je laparoskopija, jer se Tamara pripremala za proces vantelesne oplodnje nakon nekoliko godina bezuspešnih pokušaja da ostane trudna. Upoznala sam je na psihofizičkim pripremama za porođaj i intervjuisala je u 37. nedelji.

Nevena ima 28 godina i iz Beograda je. Na završnoj je godini studija psihologije i nezaposlena je. Trudnoća nije planirana i prilično ju je iznenadila. Intervjuisala sam je u 38. nedelji.

Jasna ima 34 godine i iz Beograda je. Završila je studije ekonomije i zaposlena je u banci. Zatrudnela je procesom vantelesne oplodnje, pri prvom pokušaju, i nosi blizance. Intervjuisala sam je u 36. nedelji i prevremeno se porodila samo dan nakon našeg razgovora.

Sofija ima 27 godina i iz Beograda je. Završila je fakultet organizacionih nauka i zaposlena je u jednoj računarskoj firmi. Trudnoća je bila planirana. Intervjuisala sam je u 37. nedelji.

Mirjana ima 29 godina i živi u selu u okolini Beograda. Završila je srednju stručnu školu i radi kao prodavac. Planirala je trudnoću i pokušavala je da zatrudni nekoliko meseci. Intervjuisala sam je u 34. nedelji.

Maja ima 26 godina i potiče iz manjeg grada u unutrašnjosti. U Beogradu živi od kada je upisala fakultet. Završila je studije prava i zaposlena je kao pripravnik u jednoj advokatskoj kancelariji. Pokušavala je dve godine da ostane u drugom stanju, tako da je trudnoća bila

planirana i željena, ali donekle neočekivana posle tolikog perioda pokušavanja. Upoznala sam je na psihofizičkim pripremama za porođaj i intervjuisala je u 39. nedelji.

Una ima 33 godine i iz Beograda je. Završila je studije psihologije i zaposlena je u jednoj visokoškolskoj ustanovi. Trudnoća nije bila planirana i došla je kao veliko iznenađenje. Intervjuisala sam je u 40. nedelji.

Saška ima 27 godina i iz Beograda je. Na završnoj je godini studija prava i nezaposlena je. Trudnoća nije bila planirana i došla je kao veliko iznenađenje. Intervjuisala sam je u 36. nedelji.

Sonja ima 28 godina i iz Beograda je. Na završnoj je godini studija psihologije i zaposlena je kao prodavac. Trudnoća nije planirana, ali nije predstavljala veliko iznenađenje. Intervjuisala sam je u 35. nedelji.

Teodora ima 29 godina i iz Beograda je. Ona je inženjer elektrotehnike sa završenom višom školom i zaposlena je u tehničkoj podršci jedne velike firme. Njena trudnoća je planirana, mada je nije očekivala tako brzo (Teodora je zatrudnela na medenom mesecu, nedelju dana nakon što se venčala sa svojim dugogodišnjim partnerom). Upoznala sam je na psihofizičkim pripremama za porođaj i intervjuisala je u 37. nedelji.

Ivana ima 30 godina i iz Beograda je. Završila je studije menadžmenta na Fakultetu organizacionih nauka i zaposlena je kao analitičar u agenciji za istraživanje tržišta. Ima dete od tri godine i u vreme intervjuja bila je trudna sa drugim detetom (trudnoća nije bila planirana). Intervjuisana je u 38. nedelji.

Andela ima 26 godina i potiče iz sela u unutrašnjosti. U Beogradu živi od kada je upisala fakultet. Nekoliko meseci pre našeg razgovora završila je studije stomatologije i nezaposlena je. Trudnoća je bila neplanirana i sasvim neočekivana, jer je u to vreme spremala poslednje ispite na fakultetu. Upoznala sam je na psihofizičkim pripremama za porođaj i intervjuisala je u 37. nedelji.

Tanja ima 49 godina i iz Beograda je. Nastavnik je engleskog jezika i zaposlena je u jednoj osnovnoj školi. Tanja je pokušavala da ostane trudna duže od deset godina. Imala je tri spontana pobačaja, pre nego što joj je dijagnostifikovano autoimuno oboljenje zbog kog njeno telo odbacuje plod. Nakon toga je prošla kroz nekoliko neuspešnih pokušaja

vantelesne oplodnje. Ovo joj je bila prva trudnoća koja se održala. Kao „rizična trudnica“ po nekoliko osnova (godine, način začeća, prethodne medicinske komplikacije) bila je pod pojačanim medicinskim nadzorom i porodila se planiranim carskim rezom. Intervjuisala sam je u 34. nedelji.

Od svih učesnica u istraživanju pribavljena je pismena saglasnost. Njima je na početku intervjuja još jednom ukratko objašnjen cilj istraživanja i način na koji će podaci biti korišćeni. Takođe, obavezala sam se ću poštovati anonimnost učesnica (kao i medicinskih radnika sa kojima ću razgovarati) i iz tog razloga njihova imena su izmenjena, a drugi podaci koji bi mogli da otkriju njihov identitet uklonjeni su iz materijala i ne pojavljuju se u tekstu.

Vremenski raspored intervjuja

Sa svakom sagovornicom, osim jedne, obavljena su po dva intervjuja – prvi od kraja osmog do kraja devetog meseca trudnoće, a drugi od polovine drugog do kraja trećeg meseca nakon porođaja. Prvi intervju koji se bavio iskustvom trudnoće sa većinom sagovornica obavljen je tokom devetog meseca. Iako sam po pravilu stupala u kontakt sa učesnicama dosta ranije, obavljanje razgovora je odloženo za kasniji period trudnoće kako bih mogla da dobijem uvid u što veći raspon njihovih telesnih promena, ali i u što više iskustava sa medicinskim praksama i tehnikama koje su služile nadgledanju i vođenju njihove trudnoće⁵². Računala sam da će tako biti moguće obuhvatiti najširi raspon relevantnih tema i događaja. Ova odluka je usloвила i dosta duže obavljanje istraživanja jer sam neke sagovornice koje su bile zainteresovane da učestvuju u istraživanju čekala i po nekoliko meseci kako bih sa njima obavila prvi intervju. Drugi intervju koji je bio usmeren na iskustvo sa porođaja obavljen je sa većinom sagovornica dva meseca nakon porođaja, odnosno u najranijem trenutku u kome je to ženama bilo izvodljivo. Ovo je dodatno produžilo izvođenje istraživanja jer sam svaku sagovornicu u proseku čekala oko tri meseca nakon prvog intervjuja, kako bih obavila drugi. Ipak, to je bilo neophodno jer su žene nakon porođaja suočene sa čitavim nizom novih zadataka i životnih prilagođavanja,

⁵² Neki pregledi, poput na primer CTG-a, se prvi put rade u devetom mesecu trudnoće.

od fizičkog oporavka nakon porođaja do uspostavljanja dojenja i usklađivanja sa bebinim ritmom spavanja, pa im nije lako da pronađu vreme i prostor za intervju.

Jedna strategija koja bi izbegla ove praktične probleme u vezi sa organizacijom istraživanja bila bi da od početka u uzorak uključim žene koje imaju skorašnje iskustvo trudnoće i porođaja i da sa njima obavim rekonstruktivne intervjue. Ovu strategiju sam odbacila, jer sam očekivala da bi narativna rekonstrukcija, posebno nakon nekog vremena, izostavljala mnoge problematične, teže uklopljive ili ambivalentne aspekte trudničkog i porođajnog iskustva. Naknadno sam saznala da je ova pretpostavka i empirijski potvrđena i da poređenje aktuelnih sa naknadnim opisima iskustva trudnoće otkriva značajne razlike među njima (Smith, 1994). Žene su bile sklone da nakon nekog vremena i teške periode tokom svoje trudnoće prikazuju u pozitivnim terminima, i da rekonstruišu niz događaja kao stabilnu progresiju čime su naglašavale kontinuitet, a zanemarivale raznovrsnost i promene tokom ovog perioda. Takođe sam smatrala da je veoma važno razdvojiti razgovore o trudnoći i porođaju i intervjuisati žene dok su i dalje trudne, jer sam očekivala da period trudnoće, nakon što rode bebu, za ženu sasvim promeni značenje. Tokom perioda od devet meseci žene su usmerene na svoju trudnoću, prate promene svojih stanja, a mnogi i telesni i medicinski događaji su relevantni, jer otkrivaju informacije o budućoj bebi. Takođe, one razvijaju sve diferenciraniju i konkretniju predstavu svog budućeg deteta koja ne može da bude validirana uvidom u neko realno stanje. Sa druge strane, nakon porođaja, kada je pred njima stvarna beba o kojoj treba da se staraju, trudnoća se pojavljuje samo kao period pripreme koji ima daleko manji značaj u odnosu na svakodnevne nove probleme i izazove koji ih okupiraju. Ipak, oba intervjua koja sam obavila svakako su u izvesnoj meri predstavljala selektivne rekonstrukcije, a ne reprodukcije, događaja iz prošlosti (Bruner, 1991). To je bilo posebno očigledno kada uporedim postporođajne intervjue učesnica sa razgovorima koje sam vodila sa ženama u porodilištu koji su se odvijali dan ili dva nakon što su se one porodile. Iako je i u naknadnim porođajnim narativima bilo opisa izrazito bolnog i traumatičnog iskustva (kao što ćemo imati priliku da vidimo u poglavlju sa rezultatima), narativi iz porodilišta su veoma često bili izrazito negativno obojeni i intenzivne emocije su bile mnogo prisutnije. Naknadni narativi su često bili koherentniji i

žene su uspevale da o nekim traumatičnim iskustvima govore na donekle distanciran način⁵³.

Intervjui su u proseku trajali po dva sata – najkraći je trajao jedan i po sat, a najduži četiri i po sata. Razlike u trajanju su se ticale toga koliko su žene bile opširne i detaljne u svojoj rekonstrukciji iskustva (ja sam ih svakako podsticala da budu što detaljnije), ali i toga koliko su njihova trudnoća i porođaj bili ispunjeni događajima. Sami susreti sa ženama su trajali znatno duže, posebno nakon porođaja kada je i beba bila deo setinga.

Seting intervjuja

Svi intervjui obavljeni su u domovima učesnica u istraživanju. Mesto i termin intervjuja bio je prepušten njihovom izboru i sve žene su mi objasnile da im je na kraju trudnoće izuzetno naporno da dugo sede van kuće, a nakon porođaja im je bilo neizvodljivo da ostave kod kuće bebu (koju su pritom u većini slučajeva dojile). Iako je usled specifičnih okolnosti ovakav izbor istraživačkog setinga bio nametnut, verujem da je on imao mnoge prednosti. Mislim da su se učesnice osećale ugodno i sigurno u svom kontekstu, da je to doprinelo opuštenoj i neformalnoj atmosferi tokom intervjuja i da su se one lako otvarale i spontano razgovarale sa mnom. Takođe, deluje mi da je to uticalo na uspostavljanje i održavanje ravnopravnog odnosa između njih i mene kao istraživačice, jer se sve odvijalo na „njihovom terenu“. Ograničenja ovog naturalističkog konteksta tiču se pre svega dužeg trajanja susreta, jer su oni bili povremeno prekidani (zvonjenjem telefona, drugim ukućanima) i čini mi se da je trebalo više vremena da nakon nekog početnog neformalnog razgovora intervju „zvanično“ počne. Ovo posebno važi za postporođajne intervjuje koji su trajali neuobičajeno dugo (često po nekoliko sati), jer su bili prekidani kako bi sagovornica nahranila, presvukla ili uspavala bebu i sl. Ipak, čini mi se da mi je ovakvo obavljanje intervjuja omogućilo veoma neposredan uvid u kontekst u kome žene žive, organizaciju njihovih aktivnosti, teškoće sa kojima se susreću i doživljavala sam kako je verbalizovano iskustvo koje sa mnom dele zaista autentično.

⁵³ Dešavalo se da ton bude čak šaljiv kada se komentarišu neke izrazito nasilne i iracionalne bolničke prakse, jer su žene sa distance na njih gledale kao na sulude. Jedna sagovornica je prokomentarisala: „eto, mi se sad smejemo tome, ali plače mi se kad pomislim kroz šta sam prošla“ (Saška).

Sadržaj intervjua

Početni spisak tema za intervju formulisala sam vodeći se fokusom svog istraživanja koji se tiče pre svega telesnih i tehnoloških aspekata iskustva trudnoće i porođaja. Tokom tog procesa oslanjala sam se na literaturu koju sam čitala, ali i na uvide koje sam stekla tokom pripremne faze istraživanja. Čitanje trudničkih i porođajnih iskustava na internetu pomoglo mi je da predvidim neke od tema koje mogu da budu relevantne i za moje sagovornice. Analiza medicinskih knjiga i zvaničnih dokumenata, kao i početak terenskog istraživanja, upoznali su me sa uobičajenim vidovima medicinskog nadgledanja i tretiranja žena, redosledom praksi i procedura, kao i tehnikama koje su u to uključene. Ovaj preliminarni spisak tema delimično je razvijan, dopunjavan i specifikovan tokom izvođenja samog istraživanja, mada se nije značajno menjao. Takođe, sadržaj intervjua, kao i vreme posvećeno pojedinim pitanjima, bilo je prilagođeno svakoj pojedinačnoj sagovornici, specifičnostima njenog trudničkog i porođajnog iskustva i temama koje je ona sama smatrala bitnim.

U startu je bilo planirano obavljanje dva-tri preliminarna intervjua koji ne bi ušli u analizu, već bi pre svega služili boljoj pripremi za glavni deo istraživanja tj. boljem konceptualizovanju strukture intervjua. I ja jesam obavila tri preliminarna intervjua, ali sam naknadno odlučila da ih uvrstim u uzorak i to iz više razloga. Pošto sam sprovela prilično detaljne pripremne istraživačke aktivnosti, preliminarni sadržaj intervjua se kasnije nije preterano menjao. Pritom su sve tri sagovornice bile veoma reflektovane, artikulisane i motivisane da govore, pa je materijal bio izuzetno zanimljiv i koristan i procenila sam da bi bilo šteta ne iskoristiti ga⁵⁴.

Generalno sam se trudila da ne namećem svoju zamišljenu strukturu i hronologiju tema tokom intervjua. To je u skladu sa preporukama o izvođenju polustrukturisanih intervjua u kvalitativnim istraživanjima (Smith, 1995), ali je i suštinsko za specifičan analitički okvir na koji ćemo se u ovom istraživanju oslanjati (Eatough i Smith, 2008). Na

⁵⁴ To su ujedno i jedine tri učesnice psihološkog obrazovanja u uzorku.

početku intervjua naglasila bih da me zanimaju njihova iskustva i eksplicirala bih na šta će intervju biti usmeren, sa napomenom da želim da čujem i sve drugo povezano sa njihovom trudnoćom, porođajem i periodom nakon toga što one smatraju bitnim. U slučaju mnogih sagovornica to je bilo dovoljan podstrek da započnu svoj narativ. One su povremeno zastajale da me pitaju „da li mi to treba“ i „da li mi pričaju previše detaljno“. Dodatna instrukcija koju sam davala bila je da „mogu da krenu od početka“ ili da mi ispričaju „sve od početka do kraja“ (što je bila korisna instrukcija posebno kada je reč o porođaju). Neke bi počinjale time kako su saznale da su trudne, a neke time kada su počele da pokušavaju da ostanu u drugom stanju. Postavljala sam im potpitanja kada mi je delovalo da ima nekih nedovršenih tema koje su započele i onda odlutale od njih, ali generalno sam nastojala da se nadovežem na ono što su govorile i da o tome dobijem neka dodatna pojašnjenja i detaljnije opise.

Ipak, s obzirom na to da sam imala nameru da intervjue analiziram ne samo kao studije slučaja, već i da izvodim „poprečnu“ analizu koja podrazumeva poređenje njihovih iskustava, bilo mi je važno da saznam njihova iskustva u vezi sa svim temama koje sam predvidela. Zbog toga sam ih o temama koje se nisu spontano javile na kraju eksplicitno pitala i po pravilu se ispostavljalo da je to nešto što za njih jednostavno nije dovoljno bitno u trenutku u kom mi govore. Paradigmatičan slučaj predstavljali su neki medicinski pregledi za koje sam pouzdano znala da su ih žene prošle, ali se dešavalo da ih nisu spomenule, kao što je genetski skrining (na hromozomske anomalije) koji se radi od 12. nedelje. Ispostavilo se da iako postoji relativno uniformna putanja kada je reč o medicinskim praksama nadgledanja i vođenja trudnoće i porođaja, doživljaji žena se razlikuju, jer medicinska iskustva dobijaju svoj relativni značaj s obzirom na kontekst konkretne trudnoće ili porođaja. Tako „niskorizične“ trudnice koje dobiju negativan rezultat testa njemu ne pridaju više nikakav značaj i on izgubi svoje mesto u narativnoj rekonstrukciji trudnoće koja se odvija nekoliko meseci kasnije. Ipak, kada ih eksplicitno pitam i podsetim na to iskustvo, često se ispostavlja da one mogu da se sete svog strahovanja koje je prethodilo testu, nervoznog iščekivanja rezultata, preispitivanja pouzdanosti dijagnostičkih tehnika, etičkih dilema koje su posledica potencijalno pozitivnog rezultata testa i sl. Dakle, time što sam im ostavila prostor da relativno slobodno

rekonstruišu svoje iskustvo, stekla sam uvid u one stvari koje im se s obzirom na tok i ishode njihove trudnoće i porođaja spontano nameću kao bitne, a time što sam ih eksplicitno podstakla da o nekim temama govore, dobila sam priliku da saznam šta je odlikovalo njihovo iskustvo dok se ono aktuelno odvijalo, pre nego što je rekonstruisano sa trenutne pozicije. Čini mi se da su mi obe ove perspektive bile korisne tokom analize, posebno u slučaju poređenja iskustava različitih sagovornica, koje mi je omogućilo neke opštije uvide.

Na početku je bilo planirano da sa svakom sagovornicom obavim po tri intervjua, sa idejom da bi uvodni intervju trebalo da omogući ispunjenje dva cilja. Prvi je bio predstavljanje istraživanja (teme, ciljeva, očekivanja od sagovornice itd.) i pribavljanje informisanog pristanka - što je u slučaju ispitanica iz „snowball“ uzorka obavljeno telefonom prilikom ugovaranja susreta, a u slučaju onih koje su regrutovane na pripremama za porođaj već je bilo sadržano u informacijama koje sam im delila na časovima. Drugi cilj bio je pribavljanje odgovora na neka opšta pitanja (godište, obrazovanje, zanimanje, partnerski odnosi, svakodnevne aktivnosti) i neka pitanja u vezi sa kontekstom njihove trudnoće (prethodna reproduktivna iskustva, želja da se ima dete, planiranje i pripreme za trudnoću itd.) – čemu je bilo posvećeno prvih petnaest minuta do pola sata preporođajnog intervjua. Takođe, neke od uvodnih tema koje treba da mi pruže uvid u njihov životni kontekst pokretala sam odmah na početku, ali mnoge su se javljale kasnije tokom razgovora, tako da nije bilo potrebe za veštačkim razdvajanjem različitih tema i nametanjem stroge strukture intervjua. Dakle, inicijalno su tek dva intervjua nakon tog uvodnog bila zamišljena kao istraživačka u užem smislu reči, tj. od njih se očekivalo da pruže podatke za analizu. Od ove početne ideje sam odustala, jer mi je već na prvom intervjuu bilo jasno da je sasvim iluzorno očekivati da mogu da izbegnem razgovor o trudnoći i da se zadržim na uvodnim temama (i shvatila sam da nema nikakvog smisla niti potrebe da tako nešto namećem). Ne samo da je to ono što sagovornice najviše okupira, već je započinjanje razgovora o trudnoći prirodna reakcija nakon što im objasnim svrhu istraživanja i osnovne teme koje me zanimaju.

Pretporođajni intervju je tako bio usmeren na prikupljanje što detaljnijih deskripcija konkretnih iskustava tokom trudnoće i to pre svega u vezi sa dve grupe tema⁵⁵. Sa jedne strane, zanimalo su me promene otelovljenog iskustva koje trudnoća sa sobom nosi: promenjeni doživljaj unutrašnjeg prostora, ali i spoljašnjeg izgleda, obrazaca pokretljivosti i sl., kao i promene životnih navika i praksi koje su posledica izmenjenog stanja. Sa druge strane, želela sam da saznam o njihovim iskustvima sa medicinskim praksama i tehnikama u lokalnom institucionalnom okruženju – od prvog lekarskog pregleda (kada žena dobija potvrdu da je trudna), preko različitih tehnika prenatalne dijagnostike kojima se trudnoća nadgleda i prati (posebno ultrazvuk koji omogućava ultrazvučnu sliku fetusa), pa sve do analiza koje se rade pred porođaj. Zanimalo me je i kako se pripremaju za porođaj i šta od njega očekuju.

Postporođajni intervju pre svega je bio usmeren na detaljnu rekonstrukciju iskustava sa porođaja – od pojave prvih simptoma (na osnovu čega je procenila da porođaj počinje, kako je donosila odluke i reagovala na telesne simptome ukoliko su bili nejasni itd.), preko detaljnog opisa samog toka porođaja, do naknadnog boravka u bolnici. I pored toga što ta tema nije bila predviđena, u postporođajnim narativima je dosta prostora bilo posvećeno dojenju, posebno ukoliko se žena suočavala sa teškoćama i frustracijama i imala potrebu da priča o tome kao o svojoj glavnoj trenutnoj preokupaciji. Iako je ovaj materijal često bio veoma zanimljiv, on nije analiziran, jer bi tema dojenja zahtevala još jedan dodatni rad sličnog obima.

Refleksivni osvrt na intervju

Sklonija sam da o intervjuima koje sam vodila razmišljam kao o razgovorima, nego kao o formalnim susretima tokom kojih ja preuzimam ulogu nekog ko postavlja pitanja. Zbog toga mi deluje prikladnije da žene koje su učestvovala u istraživanju nazivam sagovornicama, a ne ispitanicama. Naravno, ne želim da kažem da je moj doprinos interakciji bio srazmeran njihovom. One jesu bile te koje su govorile najveći deo vremena i one su sa mnom delile mnogo više nego ja sa njima, mada su razmene u nekim trenucima

⁵⁵ Okvirni spisak tema za polustrukturisani intervju dat je u prilogu.

bile uzajamne. Ono što je dobijeno kao produkt intervjua je stoga nužno ko-konstrukcija, odnosno i sebe smatram delimičnim koautorom njihovog verbalizovanog iskustva, jer ja jesam u izvesnoj meri podsticala i usmeravala njihov narativni tok.

Intervjuisanje učesnica, pored poseta porodilištima koje su takođe podrazumevale razgovore sa ženama, predstavljalo je naprijatiji deo rada na ovom doktoratu. Sve žene su bile veoma motivisane, posvećene i velikodušne, i u pogledu vremena i u pogledu iskustava koja su delile sa mnom. Delovi tih susreta bili su intenzivni – često se dešavalo da sagovornice proživljavaju snažne emocije, i one pozitivne i one negativne, neke od njih su plakale. Moja emotivna uključenost se u takvim okolnostima podrazumevala i nije mi bilo ni najmanje teško da se povežem sa njima i saosećam sa onim što proživljavaju. Tokom svih intervjua imala sam utisak da je učesnicama prijatno i da rado govore o svojim iskustvima trudnoće i porođaja, kao i o svojim bebama. Delovalo mi je da im je posebno značajno to što im je pružena prilika da govore o negativnim iskustvima, naročito nakon traumatičnog porođaja, i da probaju da ih integrišu u svoj životni narativ. Neke od njih su i eksplicitno komentarisale kako im veoma znači to što mogu nekome da ispričaju svoje iskustvo bez uzdržavanja. Rekle su mi da neke (posebno neprimerene i traumatične) detalje nisu pričale osobama iz svog okruženja i da same ranije to nisu čule od drugih žena koje su se porađale – „neću da plašim one koje se još nisu porodile, a ove koje su se porodile već znaju i verovatno da ni mene tako nisu htele da plaše, zato mi nisu pričale” (Maja). Na ovaj običaj da i literatura o porođaju i same žene koje su se porodile sistematski izostavljaju izvesne manje poželjne i prihvatljive aspekte ovog iskustva neke autorke referiraju kao na “zavet ćutanja” (Chadwick, 2009: 118).

Mnoge teme tokom razgovora bile su relativno intimne i uspostavljeno poverenje je bilo nužan preduslov otvaranja sagovornica i verodostojnosti i kvaliteta materijala koji sam dobila. Posebno tokom postporođajnih intervjua (i u domovima sagovornica i u porodilištu) prisustvovala sam i nekim intimnim praksama – dojenju beba, izmazanju, žene su često bile oskudno obučene i slično. Verujem da su sagovornice lako uspostavljale bliskiji odnos sa mnom i otvarale se jer sam i sama žena, sličnih sam godina kao one i generalno pripadam sličnom socio-kulturnom miljeu. Takodje, verujem da je na njihovu spontanost i motivisanost tokom razgovora uticalo to što sam ja i nezavisno od

istraživačkog interesovanja bila nekako iskreno i lično zainteresovana za ono što imaju da mi kažu. Činjenica da sama nisam prošla kroz iskustvo trudnoće i porođaja stavljala me je u donekle naivnu poziciju spram njihovog iskustva.

Ipak, to što nisam imala neposredno iskustvo fenomena kojima želim istraživački da pristupim, sa sobom nosi neke specifične epistemološke posledice. Slažem se sa Karis Tomson koja kaže: „nisam poklonik ideje politike identiteta da moraš da iskusiš nešto pre nego što možeš da pišeš o tome“ (Thompson, 2005: 22). Ali, ujedno, to nikako ne znači da mi je blizak epistemološki pristup koji je već kritikovan na početku ovog poglavlja i koji promoviše isključivo spoljašnji, nezainteresovani naučni pogled. Zbog toga ću pokušati da razmotrim u kakvu me poziciju spram onoga što su mi govorele sagovornice tokom intervjua stavlja činjenica da sama nisam prošla kroz iskustva o kojima mi one govore. Mnoge autorke koje pišu o trudnoći i porođaju su i same bile trudne i porađale su se. Neke od njih eksplicitno referiraju na to iskustvo kao na podstrek da počnu da se bave ovom temom (Kukla, 2005; Rich, 1986; i gore pomenuta Karis Tompson je više puta prošla kroz proces vantelesne oplodnje koja je glavni fokus njenih istraživanja; Thompson, 2005). Zbog toga sam na početku preispitivala svoje kompetencije za bavljenje ovom temom i pitala se da li ću se prema njoj odnositi na previše spoljašnji način. Već nakon prvog intervjua shvatila sam jednu veliku prednost svoje pozicije. S obzirom na to da nisam znala kako je to biti trudan i porađati se, konstantno sam podsticala svoje sagovornice da mi detaljno opisuju kako su se osećale i šta su doživljavale. Čini mi se da je to omogućilo da dobijem *njihovu* verbalizaciju i artikulaciju nekih aspekata trudničkog i porođajnog iskustva koju možda ne bih dobila da sam „znala kako je to“ ili da sam jednostavno pretpostavljala na šta one misle kada govore o pokretima bebe ili kontrakcijama. Pored toga, pošto nisam napravila sopstvene izbore u vezi sa načinom porođaja ili ponašanjem u toku trudnoće, čini mi se da su sagovornice veoma slobodno iznosile svoje stavove o epidurali, carskom rezu ili korišćenju lekova u trudnoći, bez bojazni da će se sukobiti sa mojim odlukama i ponašanjem.

Ukoliko krenemo od pretpostavke da istraživač treba da bude neko ko je istovremeno i dovoljno blizu svom fenomenu i u dovoljnoj meri udaljen od njega, onda sam se ja nalazila u prilično dobroj poziciji tokom ovog istraživanja. Činjenica je da sam bila

relativno slična sagovornicama (po polu, godinama, obrazovanju, kulturnom miljeu) što bi moglo da nosi opasnost od učitavanja i apsolutnog nedostatka distance. Ali, što se teme istraživanja tiče, ja nisam mogla da se oslonim na svoje neposredno iskustvo prilikom tumačenja njihovih iskustava. One su, kada je reč o iskustvu trudnoće i porođaja, u odnosu na mene bile eksperti. Ipak, ne zavaravam se time da je pozicija u intervjuima bila uvek u potpunosti ravnopravna ili da je odnos autoriteta i moći neproblematično bio na njihovoj strani. Iako sam uglavnom imala doživljaj ravnopravnosti sa svim učesnicama, ono što mi je povremeno ukazivalo na disproportionalni odnos tokom intervjua, bilo je to što su me one povremeno pitale stvari tretirajući me kao eksperta (da li je nešto što im se dešava normalno, očekivano, opasno itd.). Čini mi se da je tome da me tretiraju na ovaj način doprinela sama činjenica da sam psiholog, što im je dovoljno blisko medicinskom okviru (neke od njih su povremeno govorile „to je tvoja struka“), ali i to što su pretpostavile da sam dosta informisana jer se bavim ovom temom, što jeste bilo istina. Iako sam najčešće bila svesna ove disproportcije i neželjene uloge u koju me stavljaju, nije mi uvek bilo lako da je izbegnem. Glavni razlog je to što su se one obraćale meni jer su se osećale zabrinuto ili uplašeno u pogledu nekih stvari u vezi sa svojom trudnoćom i porođajem i bilo je potpuno neprihvatljivo sa stanovišta toga kako se razgovor odvijao da ja tada postavljam neku barijeru ili distancu. Ukoliko bih iz literature koju sam čitala (ili informacija sa terena) znala odgovor na njihovo pitanje, odgovorila bih im, uz sve moguće ograde. Ipak, čini mi se da ja jesam time donekle učestvovala u reprodukciji medicinskog znanja i pomagala im da svoje iskustvo uklope u medicinski narativ.

U nastavku poglavlja biće izložen okvir za interpretaciju empirijskog materijala koji je dobijen u intervjuima, kao i konkretni koraci koje je analiza sledila.

Analitički okvir

Analiza narativa

Osnovni materijal, koji predstavlja empirijsku bazu ovog rada, čine narativi žena o njihovom trudničkom i porođajnom iskustvu. U tom smislu, analiza koja je sprovedena je analiza narativa. Ovo nam ipak još uvek ne govori ništa specifično o tipu analize ili konkretnog pristupa, jer je narative moguće analizirati polazeći od različitih teorijskih okvira – fenomenološkog, poststrukturalističkog, psihoanalitičkog, sociolingvističkog itd. Ono što nam govori, jeste da je analiza usmerena na jezik i značenje, dakle, verbalizovano iskustvo, i to verbalizovano iskustvo strukturisano na specifičan način. Kako je Džerom Bruner to formulisao: „mi organizujemo svoje iskustvo i sećanje na događaje pre svega u formi narativa“ (Bruner, 1991: 4).

Narativna struktura podrazumeva tok događaja koji su međusobno povezani i koji se odvijaju u vremenu tj. narativ ima „nesvodivo vremensku dimenziju“ (ibid: 6). To je posebno očigledno kada se susretnemo sa narativizacijom nečega kao što je trudnoća, koja je paradigmatičan primer procesa koji se odvija kroz vreme, ima svoje faze i trajanje. Ipak, nametanje koherentne i kontinualne strukture koja odlikuje narativnu rekonstrukciju događaja (Ochs & Capps, 1996) predstavlja teškoću kada je reč o nekim iskustvima, posebno tokom porođaja, i biće nam relevantno da pratimo na koje narativne obrasce se sagovornice oslanjaju da bi integrisale i organizovale povremeno haotičan i preplavljujući tok događaja. Takođe, videćemo da one ne uspevaju u tome uvek i da je posledica toga haotičan narativ (Frank, 1997) koji reprodukuje sliku nekoherentnog i podeljenog subjektivnog iskustva. Dodatna karakteristika narativa je to što centralno mesto u njima imaju ljudi kao intencionalni akteri (Bruner, 1991: 7). S obzirom na to da su narativi u ovom istraživanju predstavljali rekonstrukcije iskustava samih sagovornica, po pravilu su one u njima bile glavni akteri. Zbog toga ćemo tokom analize nastojati da sledimo samopozicioniranja žena, ali i načine na koje su one bivale pozicionirane u različitim događajima i situacijama tokom trudnoće i porođaja, kao i odnose u koje one stupaju kako sa značajnim drugima, tako i sa objektima iz svog okruženja.

Činjenica da su događaji ne samo selektovani i povezani kako bi činili narativnu strukturu, već da je svaki od njih rekonstruisan u svetlu čitavog narativa koji se gradi nameće specifične zahteve pred analizu. Razmevanje svakog događaja će tako zavisiti od razumevanja cele priče, koja se, sa druge strane, može razumeti tek kroz intepretaciju niza pojedinačnih događaja – zaplet koji je tradicionalno poznat pod imenom *hermeneutički krug* (Smit, 2005). Ovo je imalo praktične posledice po način i redosled izvođenja analize materijala – svi narativi su najpre analizirani kao studije slučaja, kako bi bilo moguće pojedinačne događaje razumeti u kontekstu specifičnih narativa (koji su i sami dobijali značenje tek kroz uvezivanje svih pojedinačnih događaja o kojima su sagovornice izveštavale), a tek onda su tako interpretirana pojedinačna iskustva različitih učesnica međusobno poređena.

Veš sam napomenula da činjenica da je istraživanje bilo usmereno na analizu *narativa* nosi sa sobom izvesne posledice po to kako je materijalu pristupljeno i kako je on tumačen, ali da nam to još uvek ne govori dovoljno o analitičkom okviru od kojeg se u ovom radu krenulo. Ovoj temi će biti posvećen naredni odeljak.

Interpretativna fenomenološka analiza

„(...) there is nothing more fundamental than experience and the primary concern is uncovering/expressing/illuminating individual subjective experience.“ (Eatough i Smith, 2008: 181)

S obzirom na to da metod uvek podrazumeva više od puke istraživačke tehnike i obavezuje na određenu epistemologiju i pogled na svet, metodološki pristup u ovom radu biran je u skladu sa argumentima i teorijskom shemom koja je izložena u prethodnom delu rada i koja je vodila specifičnoj konceptualizaciji istraživačkog problema. Kao osnovni okvir za tumačenje narativa izabrana je interpretativna fenomenološka analiza (IFA) koja je usmerena na detaljnu rekonstrukciju individualnog iskustva (Smith, 1995). Centralna za ovaj pristup je fenomenološka usmerenost na to kako nam se stvari pojavljuju u iskustvu i to tokom praktičnog postupanja u konkretnom životnom okruženju. Takođe, ovaj analitički okvir prepoznaje centralnu ulogu tela za naše doživljavanje sveta i funkcionisanje u njemu i to tela koje je „življeno i doživljeno“ (Eatough i Smith, 2008: 180). Zbog toga je IFA veoma

često korišćena unutar kvalitativno orijentisane zdravstvene psihologije, u studijama koje se bave iskustvom bolesti i telesnih promena (Reid, Flowers & Larkin, 2005).

Većinu ovih pretpostavki interpretativna fenomenološka analiza deli sa drugim fenomenološki orijentisanim pristupima. U psihološkim istraživanjima unutar kvalitativne paradigme posebno deskriptivni fenomenološki metod (Giorgi & Giorgi, 2003) ima dugu tradiciju. Ipak, za razliku od deskriptivnog pristupa koji je blizak originalnom Huserlovom fenomenološkom metodu, IFA naglašava interpretativni aspekt i iskustva i analize tog iskustva. Dakle, ne razdvaja deskripciju i interpretaciju fenomena, već se oslanja na hermeneutičku pretpostavku da je deskripcija uvek jedan vid interpretacije (Willig, 2008: 56).

Osnovni cilj istraživača je da pokuša da razume značajne aspekte „psihološkog sveta“ učesnika u svom istraživanju (Smith, 1995: 18) i materijalu pristupa sa tom interpretativnom namerom. On pored toga podrazumeva da je nečije subjektivno iskustvo kojim se bavi telesno, socio-kulturno i istorijski situirano i pokušava da sve aspekte te situiranosti obuhvati analizom. Većina istraživanja koja se oslanjaju na ovaj interpretativni okvir usmerena je na fenomene koji su od velikog značaja za same učesnike i za njih predstavljaju transformativno iskustvo koje zahteva refleksiju i interpretaciju (Eatough i Smith, 2008: 186). Verujem da su trudnoća i porođaj paradigmatični primeri ovakvih iskustava.

IFA je ideografski orijentisano metodološko stanovište i praktična posledica toga je da se analiza studija slučaja čini obavezni korak u analizi materijala, bez obzira na to da li je krajnji cilj analize poređenje različitih slučajeva. Taj princip sam sledila prilikom empirijske analize.

Ovaj pristup veoma je blizak utemeljenoj teoriji (Charmaz, 1995; Glaser, 1992), jer analiza podrazumeva iterativni induktivni proces prepoznavanja tema i analitičkih kategorija, kao i njihove povezanosti. Konačni rezultat treba da sadrži različite nivoe interpretacije – od bogatih opisa bliskih originalnom materijalu do apstraktnih kategorija i uopštavanja ka pojmovima. Ipak, postoje neke značajne razlike između ova dva pristupa. Cilj analize može biti i zauzimanje kritičkog stanovišta što podrazumeva zalaženje iza

onoga što nam učesnici u istraživanju govore. Odnosno, istraživač može ponuditi i interpretacije koje su samim učesnicima nedostupne. Ovaj spekulativniji pristup analizi koji vodi interpretacijama višeg nivoa, koji su samim tim dalje od primarnih podataka, omogućava ne samo rekonstrukciju iskustava učesnika, već njihovo situiranje kako u socio-kulturnom, tako i u teorijskom kontekstu (Larkin et al., 2006). Tako se analiza može eksplicitno oslanjati na postojeće teorijske konceptualizacije, što je ključna razlika u odnosu na utemeljenu teoriju. Sklona sam da upravo ovu mogućnost vidim kao značajnu prednost interpretativne fenomenološke analize i na nju sam se dosta oslanjala u konkretnom radu sa empirijskim materijalom. Iako nije lako detaljno i precizno rekonstruisati stvarni tok analize, u narednom odeljku pokušaću da dam okvirni prikaz koraka koje sam sledila prilikom interpretacije materijala.

Koraci u analizi

Svi intervjui sa učesnicama bili su snimljeni diktafonom i naknadno transkribovani. Za procesuiranje i organizaciju materijala korišćen je softver za analizu kvalitativnih podataka (MAXQDA). Iako u transkriptima nije korišćena kompleksna notacija koja bi označila paralingvističke aspekte govora⁵⁶, težila sam da što je moguće više očuvam ritam govora i pauze, uzvike i onomatopeje. Takođe, kako bih nadoknadila to što su transkripti nepotpuna reprezentacija razgovora, veoma često sam se vraćala audio snimcima i pre i tokom analize. Najpre, uvek bih preslušala trudnički intervju pre nego što odem na porođajni, jer je između intervjua prolazilo po nekoliko meseci. Vraćala sam se na snimke intervjua ukoliko je nastupila velika pauza od kada su se odvili do određene faze analize. Takođe, ukoliko ne bih mogla prilikom čitanja transkripta da evociram raspoloženje ili način na koji je sagovornica pričala o nekoj temi, obavezno sam se vraćala na snimak. Generalno sam težila da sve vreme budem veoma blizu materijala. Držala sam u glavi životne priče svih žena, kontekst u kome je intervju obavljen, i uvek mi je kod čitanja transkripata odzvanjao njihov glas u glavi i način na koji su one govorile o nečemu.

⁵⁶ Jedino što je korišćeno jeste sledeće: „(...)“ da označi preskočeni deo citata; „...“ za nedovršenu rečenicu i „(tekst)“ da označi moju dopunu, ukoliko sagovornica referira na nešto što stoji u izostavljenom delu citata, ili moju napomenu ukoliko nešto pokazuje rukama (npr. veličinu stomaka, visinu kreveta itd.)

Moguće je razlikovati dva osnovna koraka u analizi materijala. Svaki intervju je najpre analiziran kao studija slučaja, što je omogućilo uvid u specifičan kontekst nečije trudnoće i porođaja i time olakšalo validnu interpretaciju pojedinačnih događaja. To podrazumeva da su svi pojedinačni aspekti iskustva interpretirani s obzirom na celokupni narativ, ali i sve ostale podatke koje sam imala o sagovornici. Ovaj proces omogućio je da u drugom koraku izdvojim događaje i aspekte iskustva koje je delila većina sagovornica i da ih međusobno poredim, kao i da uočene razlike objašnjavam u terminima situiranosti tih događaja u specifičnom kontekstu nečijeg iskustva.

Sama analiza predstavljala je iterativan proces, transkriptima sam se vraćala više puta i često je svako ponovno čitanje donosilo nove uvide. Konkretno, proces analize se odvijao na sledeći način:

- Najpre sam preslušavala snimke intervjua i iščitavala transkripte (kao i beleške koje sam vodila nakon intervjua), sve dok se nisam dobro upoznala sa materijalom.
- Zatim sam u svim narativima pokušala da identifikujem relevantne događaje i iskustva tokom trudnoće i porođaja. To je činilo suštinu onoga što sam nazvala *tematsko kodiranje* i predstavljalo je početni korak u analizi i osnov za stvarni interpretativni rad. Struktura intervjua i teme koje su tokom razgovora pokrenute pružile su osnov za ovu prvu grupu kategorija, mada je ona dopunjena temama koje nisu bile predviđene, a javile su se u materijalu. Nakon nekoliko pređenih transkripata i dopunjenog i proširenog spiska tema vraćala sam se na pređene transkripte i rekođirala ih, tj. tragala za primerima iskustva koje su se naknadno pojavilo (ili kojea nisam primetila u ranijim čitanjima). Što se jedinice analize tiče, izabrala sam da kodiram što veći neprekinuti deo teksta jednom kategorijom kojoj taj deo teksta sadržinski odgovara. Taj izbor je posledica toga što mi je cilj bio da prepoznam relevantne situacije kroz koje žene prolaze i da ih rekonstruišem sa stanovišta njihovog iskustva, a ne da procenjujem razlike između učesnica, za šta bi mi to koliko se puta neki kod pojavljuje bilo veoma relevantno. Na taj način je

izdvojeno nešto više od četrdeset kategorija koje su referirale na različite aspekte iskustva⁵⁷. Teme su se grupisale u nekoliko klastera:

- ✓ *medicinska iskustva* referirala su na svaki kontakt sa lekarima, događaje u koji su uključene medicinske prakse i tehnike, kao i sve ono što se odvijalo unutar medicinskih institucija (od prenatalnog testiranja do nadgledanja i vođenja porođaja)
- ✓ *telesna iskustva* – ovaj klaster činili su svi telesni doživljaji unutrašnjih promena, ali i iskustva promena telesne sheme, kao i izmenjeni režimi funkcionisanja kao posledica toga
- ✓ *životne navike i prakse* podrazumevale su izmene svakodnevnih aktivnosti i načina postupanja u različitim sferama života kao posledica izmenjenog stanja i prihvaćenih normativnih okvira
- ✓ *značajne odluke* odnosile su se na izbor tehnika i procedura, lekara i porodilišta, kao i izvora informacija, kao i kriterijume na koje se žene prilikom izbora oslanjaju
- ✓ *opšti kodovi* su referirali na uopštenije refleksije o sopstvenom stanju, trudnoći i bebi koje nisu mogle lako da se povežu ni u jednom od prethodnih klastera

Ovo početno pridruživanje tema delovima teksta je zapravo omogućilo strukturisanje veoma obimnog empirijskog materijala, koji je pretio da bude preplavljujući. S obzirom na to da su intervjui bili veoma dugi, da su se tokom razgovora javljale mnogobrojne digresije i da je redosled tema bio drugačiji u svakom intervjuu, ovo početno kodiranje je omogućilo osnovno strukturisanje narativa i olakšalo naredni, u pravom smislu interpretativni, korak analize. Dakle, tematsko kodiranje je omogućilo transformaciju intervjua kako bi se lakše uočile neke zajedničke teme i, potencijalno, veze koje postoje među njima, a koje su teže primetne u narativima koji imaju dosta digresija i prekida. U delu sa nalazima istraživanja mnoge od ovih tema se neće ni pojaviti, jer se ispostavilo da su one ili

⁵⁷ S obzirom na realnu različitost iskustava trudnoće i porođaja, ti narativi su zasebno tretirani i razvijane su dve paralelne i u priličnoj meri različite grupe od po četrdesetak kodova.

nedovoljno relevantne za osnovna osnovna istraživačka pitanja ili su obrađene u okviru nekih drugih tema. Teme koje su spadale u kategoriju *značajne odluke* su primer za isključivanje iz prvog navedenog razloga – različiti izbori koje žene vrše tokom trudnoće i porođaja uključeni su u tekst tek ukoliko su bili povezani i sa otelovljenim iskustvom⁵⁸. Drugi razlog za to što nisu sve teme koje su služile za kodiranje transkripata prisutne u konačnoj analizi je u metodološkom smislu relevantniji, jer ukazuje da sam proces kodiranja donekle vrši analitičko nasilje nad integrativnom prirodom materijala. Naime, razdvajanje posebnih tema, posebno onih koji se tiču telesnih i medicinskih iskustava, na veštački način razlikuje, čak razdvaja, ono što je u iskustvu spojeno ili blisko povezano. Ova problematična situacija ublažena je donekle time što su mnogi segmenti teksta kodirani sa više kodova, ali pre svega time što je u narednom koraku analize na mnogim mestima odbačena ta artificijelna tematska struktura i tokom interpretacije sam nastojala da uračunam kompleksnu prirodu otelovljenog iskustva koje je često tehnološki posredovano⁵⁹.

- Naredni korak analize podrazumevao je interpretaciju izdvojenih događaja i iskustava sa stanovišta istraživačkih pitanja i polazeći od teorijskog okvira i konceptualnih razgraničenja koja su data u početnom delu rada. Proces interpretacije je započet još tokom prethodnog koraka, jer sam tokom kodiranja transkripata beležila svoje komentare o pojedinačnim delovima iskustva. Neki od komentara su prosto sumirali ono što sagovornice govore, neki su uspostavljali veze između delova narativa različitih sagovornica, a neki su bili više interpretativni i povezivali su njihove reči sa teorijskim konceptima. Ovaj proces nastavljen je tako što sam pisala interpretacije izdvojenih relevantnih delova iskustva tokom analize svakog narativa kao studije slučaja. To je omogućilo da u kasnijoj fazi u kojoj je vršeno poređenje iskustava različitih učesnica delovi iskustva ne budu

⁵⁸ Oni izbori koji su izostavljeni često su suviše podsećali na uobičajen materijal u psihološkim istraživanjima odlučivanja u kojoj se osoba pojavljuje kao racionalan akter koji na osnovu transparentnih kriterijuma vrši izbor između različitih alternativa i to mi je delovalo suviše daleko od usmerenja ovog istraživanja.

⁵⁹ Paradigmatičan primer predstavlja dinamička interakcija između tehnološki posredovanog iskustva bebe (na osnovu ultrazvučnih pregleda) i otelovljenog iskustva njenih pokreta koja oblikuje način na koji se beba tokom trudnoće za samu ženu postepeno individualizuje

dekontekstualizovani. Višestruki prolazak kroz transkripte, kao i ponovljena preslušavanja intervjua, omogućili su mi da mi narativi sagovornica postanu veoma poznati i da delove narativa koji su izdvojeni u kasnijoj fazi analize lako povežem sa njihovom celokupnom pričom. Takođe, softver u kome su transkripti procesuirani olakšao je fleksibilan pristup materijalu i omogućio mi da sve vreme budem blizu rečima samih sagovornica, kao i da lako izvlačim i poredim delove njihovih narativa.

- U poslednjem koraku analize, cilj je bio poređenje iskustava različitih sagovornica, kako bi se uočle neke zajedničke tendencije i obrasci, ali i relevantne razlike među njima, koje sam nastojala da tumačim kako u svetlu istraživačkih pitanja, tako i polazeći od svih uvida o konkretnom, posebno institucionalnom, kontekstu koje sam imala. U slučaju ovih „spekulativnijih“ koraka analize kodiranje nije vršeno, jer je reč o kompleksnoj interpretativnoj rekonstrukciji iskustva. U tehničkom smislu, početno tematsko kodiranje je olakšalo ovaj korak analize, jer je omogućilo izvlačenje materijala po relevantnim temama iz različitih narativa. Prilikom same interpretacije delovi intervjua su uvek izvlačeni tako što je aktivirano više kodova. Kao što je već rečeno, prilikom tematskog kodiranja veštački su razdvojena medicinska iskustva i telesni doživljaji, a ono što nas pre svega zanima zapravo je njihova interakcija – odnosno to na koji način je otelovljeno iskustvo inicijator medicinskih intervencija i kakve posledice te intervencije imaju po otelovljeno iskustvo. Tako da je za adekvatnu analizu bilo neophodno da imamo ukrštene kodove. Kao posledica toga, jedinice analize prilikom interpretacije su zapravo bile šire i kompleksnije nego one na koje sam se oslanjala prilikom kodiranja materijala. Produkti ove poslednje faze predstavljaju ono što će biti izloženo u narednom delu rada.

Svesna sam da pregled ovih koraka, iako detaljan, ne omogućava potpuni uvid u to kako se analiza zapravo odvijala. Ipak, deluje mi, da je za tako nešto neophodan govor u konkretnim terminima tj. okretanje empirijskom materijalu. U narednom delu rada se upravo tome posvećujemo. Očekujem da će se proces analize otkriti na dovoljno

transparentan način s obzirom na to da sam u naredna dva obimna poglavlja u kojima komentarišem iskustvo najpre trudnoće, a zatim porođaja, nastojala da sve intepretacije obilno potkrepim citatima samih učesnica.

ANALIZA I DISKUSIJA NALAZA ISTRAŽIVANJA

„We should not be surprised to learn that discourse on pregnancy omits subjectivity, for the specific experience of women has been absent from most of our culture’s discourse about human experience and history. (...) I seek to let women speak in their own voices.“

Iris Marion Young (2005: 45-46)

ŽENA KAO SUBJEKT TRUDNOĆE

"Pregnancy is about the making of new individuals, about processes of individuation, about two bodies becoming one, one body becoming two."

(Van Der Ploeg, 2004: 155)

I početak i tok trudnoće često su obeleženi velikom neizvesnošću i postavljaju različite izazove za ženu kao subjekta. Sa jedne strane postoji neizvesnost u pogledu tumačenje sopstvenog tela: Da li su neke telesne promene indikatori trudnoće ili nekog drugog stanja? Da li je normalno da se osećam ovako ili je to pokazatelj nekog potencijalno patološkog procesa? Da li mi prija ova poza/aktivnost/hrana ili time na neki način ugrožavam svoje stanje i posredno svoju bebu⁶⁰? Sa druge strane, neizvesnost je povezana sa *normalnim* odvijanjem samog procesa trudnoće: Da li će se trudnoća održati ili mi pretili spontani pobačaj? Da li se beba razvija kako treba? Da li će moj grličić izdržati do kraja trudnoće ili će se javiti prevremene kontrakcije i porodiću se ranije? Sva ova pitanja žene stavljaju i pred epistemološki i pred praktični problem koji one moraju da reše kako bi se prema svojoj situaciji odnosile kao *subjekti*. One pokušavaju da razumeju svoje stanje i da se aktivno odnose prema njemu, a, kao što ćemo videti, medicinska znanja, prakse i tehnike igraju značajnu ulogu u ovom procesu.

Izlaganje i komentarisanje rezultata započecemo jednim dugim citatom koji prikazuje veoma kompleksno i atipično iskustvo početka trudnoće. Razlog za izbor ovog relativno neobičnog slučaja leži u tome što on, iako atipičan, sadrži nekoliko veoma tipičnih momenata u vezi sa kako telesnim, tako i medicinskim aspektima iskustva trudnoće koji će u nastavku ovog poglavlja biti detaljno razmatrani.

„Ima zanimljiva priča vezana za to kako sam saznala. U martu mi je kasnila menstruacija dvanaest dana, što je za mene jako čudno, jer ja imam redovno menstruacije, to znači u dan. I odem do apoteke i kupim test i negativno. Međutim nisam na prvu mokraću. I onda ajde sačekam par dana, kupim drugi, na prvu mokraću probam i negativno. I dobro. Odem kod frizerke, ona mi priča, 'jaoj zatrudnela sam, imam mučnine'. Ja kažem, 'kakve su to mučnine?' Pa kaže, 'nije mučnina to je više kao gorušica'. I ja kao 'aha dobro'. I tu noć ja se budim tokom noći, ne mogu da spavam i imam gorušicu. Jaoj ja sam

⁶⁰ Iako je fetus medicinski adekvatan naziv za plod u ženinom stomaku, referisaću često na njega kao na bebu, jer je to saglasno sa načinom na koji same žene govore.

trudna, ja sam trudna, međutim dobijem. Za par dana dobijem menstruaciju najnormalnije i to je bila potpuno normalna, obilna, sve klasika. I kao dobro ne znam šta je ovo bilo. U aprilu, za mesec dana meni opet kasni. I ja kao nema šanse da sam sada trudna, zato što ako prošlog meseca nisam bila trudna sad nema teorije, još sad ne osećam ni gorušicu. I onda sam se ja opustila i nisam mislila i kasni ne znam deset dana, petnaest dana, dvadeset dana. I ja uopšte više ne razmišljam o tome, jer kao nema šanse da sam trudna. I čak sam bila u fazonu neću da idem po test zato što ona dva su bila negativna ova ne mogu da budu pozitivna. (...) I odem na kraju kod lekara u Dom zdravlja i on meni kaže to ti je cista. Pazi odeš kod lekara i kažeš mu kasni mi menstruacija mesec dana. I on meni kaže 'a, imaš cistu'. I kaže dođi u petak na ultrazvuk. (...) I ja u petak odem na ultrazvuk i ležim tamo. I on gleda onaj ultrazvuk i sad sestra, lupam Jelena se zvala – 'Jeco dođi da vidiš Jeco!' I sad pazi ništa ja, nego Jeco, dođi Jeco, vidi Jeco. I ovako on i Jeca gledaju... 'Vidi, vidi, pa je l' i to vidiš ovo što ja vidim, pa ona je trudna!' Pazi doktor mi je na taj način saopštio tako važnu vest. Ja 'molim!?' i on kaže 'pa ti si trudna'. Još ova Jeca meni kaže 'kako ti nisi znala da si trudna, pobogu! Pa svaka žena zna kad je trudna!' Ja kažem 'pa doktor mi je rekao da imam cistu! A prošli mesec mi je kasnilo pa nisam bila trudna'. A ona kaže: 'Bože, baš čudno da to nisi osetila!.' (Saška)

Ovaj kompleksan slučaj početka trudnoće ukazuje nam na neke značajne aspekte ženskog iskustva. Posebno na početku trudnoće, ali i tokom nje, telesni doživljaji su nejasni i višesmisleni. Žene se po pravilu oslanjaju na različite medijatore – (medicinska) znanja, tehnološka sredstva, kao što su hormonski test ili ultrazvuk, na iskustva drugih osoba – u pokušaju da ispravno protumače, odnosno diskurzivno obrade, reprezentuju, interpretiraju, osmisle svoje stanje i da se praktično odnose prema njemu, odnosno da planiraju i izvode aktivnosti i organizuju svoje ponašanje. U Saškinom slučaju saznanju da je trudna prethodio je neubičajeno dug period neizvesnosti. Ipak, kao što ćemo videti, ovaj period neizvesnosti, tokom kojeg žene nisu sigurne kako da interpretiraju svoje telesno stanje, javlja se i kod drugih sagovornica, iako nije tako dug i kompleksan. Normativna očekivanja u pogledu simptoma trudnoće, koja su kod žena izgrađena pod uticajem iskustva drugih ili široko dostupnog medicinskog znanja, determinišu to na koje aspekte telesnog iskustva će one obraćati pažnju i kako će ih tumačiti. To svakako važi i tokom čitavog perioda trudnoće, kao i za vreme porođaja. Uprkos kompleksnoj situaciji u kojoj se žena nalazi tokom trudnoće, o čemu su ovde date samo naznake, veoma je rašireno uverenje i očekivanje da ona jednostavno, neposredno, *zna* šta se sa njenim telom dešava.

To uverenje koncizno je izraženo u stavu medicinske sestre – „svaka žena zna kad je trudna“ – i ono je nešto što je zajedničko nekim feministički orijentisanim autorkama, proponentima prirodnog porođaja, mnogim medicinskim radnicima, kao i samim ženama i njihovom okruženju. Nadam se da će kroz naredna dva poglavlja postati jasno koliko je ovo uverenje neutemeljeno i koliko je stvarno žensko iskustvo kompleksnije, posredovanije i neizvesnije, ali i zanimljivije, od te slike.

Veoma često medicinske tehnike (hormonski test, UZ) imaju značajnu ulogu u rezrešenju neizvesnost i omogućavaju ženi i potrebno znanje i priliku da informisano bira svoje postupke. Medicinska tehnologija ima različite uloge tokom trudnoće i porođaja i vodi različitim ishodima za subjektivnost žene. Postoje bar dva bitna faktora kojim je to određeno – odnos prema telesnom iskustvu i organizacija prakse u kojoj se tehnologija pojavljuje tj. konkretni način na koji je tehnologija institucionalno situirana. Oba aspekta biće detaljno ispitani tokom analize nalaza istraživanja i na njih ćemo se često vraćati. Već u gore navedenom citatu javlja se opis tipičan za lokalnu institucionalnu situaciju u kojoj je žena kao subjekt najčešće ignorisana, ponekad i aktivno zanemarivana i ugrožavana. Lekar se obraća medicinskom osoblju, a ne samoj ženi koju pregleda, i čiji delovi tela su projektovani na monitoru, kako bi saopštio nešto o ženinom stanju, i to nešto što je samoj ženi veoma važno, a ona ga sasvim usputno i posredno saznaje.

Tokom analize koja sledi pokušaću da rekonstruišem iskustvo trudnoće iz perspektive samih žena i da ukažem posebno na njegov telesni i tehnološki aspekt, kao i na kompleksnu dinamiku njihovog međusobnog odnosa. Analizu ćemo započeti od hronološki najranijih pitanja – kako žena saznaje da je trudna, na koji način i uz pomoć čega uspeva da interpretira svoje stanje i kakve to praktične posledice sa sobom nosi.

Pojava trudnog tela za ženu

Telo se ne oglašava često u našem uobičajenom funkcionisanju. Čak i kada se oglasi – kao iznenadni grč u nozi, oštro probadanje u stomaku ili topla prijatna senzacija na koži dok sedimo na suncu – ovi osećaji ostaju izolovana ostrva u moru svakodnevnog doživljavanja usmerenog na spoljašnje okruženje ili na unutrašnje (prvenstveno mentalne) sadržaje. Ipak, neke od tih telesnih oglašavanja tokom života počnemo da tretiramo kao znakove i uviđamo povezanosti među njima. Povezujemo ih sa nekim celovitim stanjem i prepoznamo da nam se telo javlja na jedan razumljiviji i stabilniji način – tako možemo kod sebe da prepoznamo prve simptome prehlade, nadolazeće migrene ili napada reume. Predmenstrualni simptomi su takva pojava relativno stabilnog oglašavanja tela u životu većine žena. Pulsirajući blagi bol u donjem stomaku, glavobolja, napetost u dojkama, pojačan apetit, nervoza, po pravilu se povezuju u celinu i predmenstrualno telo stupa na scenu. I to često sa nepokolebljivom pravilnošću.

„Znam svoj organizam. Eto to je, znala sam po tome, očekivala sam u tom trenutku da ću sigurno dobiti tada, zato što meni, na primer, ako mi izostane taj bol grudi pred ciklus, onda znam da će malo da mi zakasni u odnosu na taj zaokruženi datum u kalendaru. A ako krenu grudi da me bole, znači kao tempirano posle dve nedelje ili nedelju dana ja dobijam menstruaciju. I to maltene ide već u dan. Znači znam da ne kasni. I pošto se meni taj bol koji se javio već tada na moru, u grudima, ja sam ga povezivala sa menstruacijom. Znači to je, ja sad eto treba da dobijem. I ja sam se prosto spremila na to, a ne na trudnoću...” (Teodora)

Predmenstrualni simptomi se skoro bez izuzetka pojavljuju u iskustvu žena kao prvi, neispravno interpretirani, znak trudnoće. Kako i kada predmenstrualno telo za njih postaje trudno telo? Kašnjenje ciklusa je znak koji prethodnu interpretaciju po pravilu stavlja pod znak pitanja, mada u ovom procesu reinterpretacije sopstvenog stanja mogu da učestvuju i neki drugi posrednici. Kod Sonje je važnu ulogu u reinterpretaciji sopstvenog stanja igralo iskusto značajnog drugog – majke.

„Očekivala sam da cu da dobijem, svaki čas. Mene inače ne boli stomak. Samo bolovi u krstima i grudi za broj veće i nervozna sam. Mene PMS psihički udara, depresije neke i malo otekmem. I tako sam ja malo otekla, još sam nervozna što sam deblja i veća sva i sise su mi na sve strane i ništa se ne dešava i ja već počinjem da sumnjam... ali sve očekujem da je nešto drugačije u odnosu na pms. I pitam kevu

kako je njoj bilo kad je ona bila trudna i ona mi kaže isto tako i to me malo zabrine... I onda sam uradila test.“ (Sonja)

Nekada kašnjenje ciklusa nije presudno za preispitivanje prethodnog razumevanja sopstvenog stanja. Žene povremeno uvide i neke dodatne simptome koji su neuobičajeni i ne uklapaju se u sliku PMS-a i onda im je potrebna drugačija interpretacija tog nekoherentnog telesnog oglašavanja.

„I tako sve, ne znajući da sam trudna, odemo na medeni mesec i tu otprilike ja zaključim neke određene promene na svom organizmu, koje mi se nisu dešavale do tada. Ajde, na primer, dobro to što mi se otvorio apetit, to manje više. Nisam imala mučnine, ali smo dosta uzimali kola tamo, i onda je počinjalo da mi bude muka u kolima od vožnje. To mi se nije dešavalo ranije. Onda smo otišli u akva park, i ne znajući ja se spustim niz ona dva-tri tobogana i zaključim da ja to ne mogu fizički da izdržim, iako sam taj tip, ja to volim. I onda sam na kraju zaključila, nešto se menja, moguće je da sam u drugom stanju i to je moja pretpostavka bila, i ja sam čekala da dođem u Beograd i da odradim test.“ (Sofija)

Iako *doživljavanje* sopstvenog tela deluje kao sasvim neposredan proces, mada ću u kasnijim delovima analize pokušati da ukažem na to da to nije uvek tako, *razumevanje* i *interpretacija* telesnih senzacija za ženu predstavlja nimalo lak zadatak sa neizvesnim ishodom. A to je zadatak koji je neophodno rešiti da bi se delovalo na bilo koji način. Saznanje da je trudna ženu orijentiše ka nizu aktivnosti koje bi trebalo da uradi, od promene ishrane i uzimanja suplemenata do prenatalnog testiranja, a ujedno neka ponašanja za nju postaju nepoželjna ili zabranjena, npr. konzumiranje alkohola i intenzivna fizička aktivnost⁶¹.

Ovo svakako jesu društvene (i medicinske) norme koje ženama propisuju da se na odgovoran način odnose prema svojoj trudnoći, ali činjenica je da same žene osećaju potrebu za adekvatnim razumevanjem svoje situacije kako bi mogle da se ponašaju u skladu sa tim. U slučaju željenih trudnoća cilj žena jeste da se staraju za dobrobit fetusa koji se razvija i one su, utoliko, identifikovane sa normativnim očekivanjima društva. Zbog toga

⁶¹ Žene se redovno preslišavaju oko toga šta su sve radile ili unosile u sebe dok nisu znale da su trudne: *„Ja sam na primer, ne znajući da sam trudna, pošto sam se pripremala za tu inseminaciju, a imala sam malo pojačan sekret i onda sam se uplašila da sad nije neka infekcija. Ja sam čak uzimala kanesten vaginalete. I kad sam saznala da sam trudna, a da sam uzimala te vaginalete, glava me zbolela momentalno. Međutim kažu da vaginalete ne štete. **Hvala bogu da sam saznala rano**, pa mi je samo taj kanesten bio problem, pa kad su mi rekli da je u redu umirila sam se“ (Tamara).*

im je važno da poznaju relevantne okolnosti za svoje postupanje kako bi donosile informisane odluke i aktivno se odnosile prema novonastalom stanju. Bez obzira na to da li oglašavanja tela ispravno ili neispravno čitaju, ili ih, kao što ćemo uskoro videti, u potpunosti ignorišu, ono što većini žena u savremenom zapadnom društvu po pravilu omogućava konačno razrešenje neizvesne situacije, i time priliku da budu agenti, jeste jedan relativno jednostavan primerak medicinske tehnologije – test na trudnoću.

Hormonski testovi za utvrđivanje trudnoće⁶² su ne samo najčešće korišćena reproduktivna tehnologija pored kontraceptivnih pilula, već i najčešće korišćena dijagnostička tehnika posle termometra u savremenom svetu (Tone, 2012). Na njih se, makar nekada u životu, u zapadnim zemljama, oslonio ogroman broj zdravih seksualno aktivnih heteroseksualnih žena reproduktivnog doba. Testovi su prvi put počeli da se prodaju u američkim apotekama krajem sedamdesetih godina prošlog veka, ali je njihova cena bila relativno visoka sve do sredine devedesetih godina, posle čega su postali veoma pristupačnu i broj žena koji ih je koristio je neprestano rastao (ibid). Kućni testovi po pravilu čine izlišnom laboratorijsku dijagnozu trudnoće koja se oslanja na primenu imunoloških testova i vrši se u medicinskoj ustanovi na osnovu analize krvi i određivanjem β -hCG. Ovim laboratorijskim testovima se veoma rano može dijagnostifikovati trudnoća, već nakon nedelju dana od oplodjenja, i zato se oni regularno koriste samo kod žena koje su prošle kroz neki od postupaka asistirane reprodukcije (Kastratović-Kotlica, 2005; Mladenović et al., 2008). U skladu sa tim, jedine tri sagovornice koje nisu potvrdile trudnoću kućnim testom su one koje su zatrudnele postupkom vantelesne oplodnje (Jasna i Tanja), tj. započele proceduru asistirane reprodukcije (Tamara).

Dakle, za većinu žena hormonski test je kulturno-istorijski specifično sredstvo koje omogućava interpretaciju telesnog stanja i razrešenje situacije neizvesnosti. Sve sagovornice na kašnjenje ciklusa i pojavu telesnih simptoma reaguju tako što kupuju test kako bi proverile da li jesu trudne. Ovo je moguće zaključiti ne samo na osnovu njihovog ponašanja u slučaju aktuelne trudnoće koja je bila tema intervjua, već i na osnovu toga što su sve osim jedne sagovornice u prošlosti koristile test više puta na znak kašnjenja ciklusa i

⁶² Testovi za kućnu upotrebu koji se kupuju u apoteci u urinu detektuju hCG tj. humani horionski gonadotropin (hCG), hormon čija koncentracija značajno raste u početnoj fazi trudnoće (Cunningham et al., 2010: 37).

odnose se prema ovom postupku kao prema standardnom načinu razrešenja neizvesne situacije. To je prva, i to nepatološka, mogućnost koju žele da isključe, čak i u situacijama kad im ništa drugo ne ukazuje na potencijalnu trudnoću, npr. to da mogu da se sete „rizične situacije“ u kojoj su zatrudnele, ili da prepoznaju prisustvo nekih telesnih simptoma itd. Primena ove jednostavne i pristupačne medicinske tehnologije ženama omogućava lako razrešenje situacije tj. daje validnu interpretaciju nejasnih i višesmislenih telesnih simptoma i orijentiše ih prema specifičnom nizu budućih aktivnosti. Ipak, slučaj jedne sagovornice je kompleksniji i prikazaćemo ga nešto detaljnije. On pokazuje da trudnoća treba da se pojavi kao potencijalna interpretacija stanja da bi test uopšte mogao da se prepozna kao adekvatno oruđe.

Una je nekoliko godina pre nego što je zatrudnela dobila dijagnozu koja je podrazumevala da neće moći da ostane trudna prirodnim putem, pa se trudnoća i nije javljala kao potencijalno objašnjenje za pojavu bilo kakvih simptoma i zato se nikada nije javila potreba za kupovinom testa koji bi je dijagnostifikovao. Zbog toga su u njenom slučaju bili neophodni i neki drugi posrednici, kao što su iskustvo i angažovanje drugih osoba, da bi došla do uvida u sopstveno stanje.

„I onda kad sam zatrudnela ja sam bila potpuno šokirana. Ja sam... u stvari, prvo je drugarica saznala da sam trudna, pa onda ja. Ona je bila trudna mesec dana više nego ja. I kao pozove me da dođem kod nje... E a kad sam videla tu drugaricu dve nedelje pre toga na primer ona je meni rekla da li da mi se naduo stomak ili tako nešto. I ja sam rekla jeste, nešto su mi i sise otečene, ono kao ne znam treba da dobijem, poludeću više. I onda je ona mene od tad cimala, „možda si trudna, možda si trudna“. A ja sam to pripisala njoj – dobro, zatrudnela je pre mesec dana i sad vidi svuda trudnice. I ona me zove i kaže „znaš šta, mi smo prehladjeni i ako si ti zaglavila molim te nemoj da dolaziš zato što trudnice ne treba da budu izložene virusima.“ Ja rekoh „šta pričaš.“ „Ne, ne, ajde da proveriš.“ Ali ja sam bila u fazonu, ja nikad u životu nisam radila onaj test na urin, nikad. Zato što pre toga nisam razmišljala o tome, a onda su mi rekli da ne može i ja nikad u životu nisam...“ (Una)

Dakle, ovde su telesne promene primećene i ispravno intepretirane ne od strane same osobe, već od strane nekog drugog i test se tek u tom kontekstu pojavljuje kao adekvatno sredstvo razrešenja situacije – on treba ne da pokaže samoj osobi šta se sa njom dešava, već da to dokaže nekom drugom. Ono što je u Uninom slučaju još zanimljivo jeste to što tek saznanje koje test pruža omogućava interpretaciju i integraciju telesnih doživljaja,

jer nudi adekvatan interpretativni okvir.

*„Meni se prvo, kad sam ja skapirala da sam trudna, ja sam bila u fazonu pa kao da, sve stvari su mi uske. Tako osećam... **telo mi je bila baš zona sigurnosti celog života, za razliku od svih drugih stvari ali nisam ga nekako čitala.** (...) To mi je bio zanimljiv uvid. **Ja u momentu kad saznajem da sam trudna, imam papir, onda počinjem da obraćam pažnju na svoje telo. I onda primećujem tonu stvari. Mislim telo šalje zanimljive signale, samo je pitanje šta ti kupiš.** Nisu se oni javili, nisam ih ja indukovala tog dana kad sam dobila papir. Onda sam vratila film i sve vreme je to bilo tu i potpuno... Prvo mi je koža bila užasno osetljiva. Na dodir i kao sitne ranice koje praviš u toku dana dok pereš sudove, dok brišeš i ostalo, to je zarastalo pet dana. To mi se tačno već mesec i po dana dešavalo, ali na to stvarno ne obraćaš pažnju. To mi je bilo prvo. I mnogo mi se spavalo. I otekle su mi grudi. I meni je stomak bio baš vidljiv u startu. Posle sam dobila i medicinsko objašnjenje za to. To su prve stvari koje sam primetila.“*

Ne samo da Una nije obraćala pažnju na mnogobrojne telesne promene koje su se javljale niti ih je povezivala jedne sa drugima (dobijanje na kilaži, otekle grudi, pospanost, osetljiva koža), već ni na veoma indikativne simptome kao što je kašnjenje ciklusa, koje jeste primetila, ali ga je pripisivala različitim uzrocima koji nisu imali veze sa trudnoćom (stresu, neurednom životu, „uklapanju ciklusa“).

„To je prvi put u životu da nisam obratila pažnju na menstruaciju. Sa cimerkom sam kukala, tri nedelje sam bila u fazonu e sad već moram da dobijem, ne mogu više da podnesem. A ona je tvrdila da mi uklapamo cikluse sada i da zato meni kasni i njoj će doći ranije. Sve je imalo smisla. I promenila sam posao tada i preselila sam se... i užasno neuredno sam živela.“

Una govori da joj je telo „zona sigurnosti“ celog života, da se lagodno oseća u njemu. Ipak, ona ga „nije čitala“. Ona sama smatra da je razlog što nije primećivala ni pridavala pažnju svojim telesnim doživljajima i stanjima to što nije bila odgovarajuće „podešena“ da bi prepoznavala telesne promene i tumačila ih tako da ih povezuje sa trudnoćom. Saznanje da je trudna omogućilo je retroaktivno prepoznavanje i interpretaciju čitavog otelovljenog iskustva. Dakle, nije reč samo o interpretaciji i razumevanju sopstvenog tela, već, u nekom smislu i o samom doživljavanju tj. registrovanju njegovog oglašavanja. Una je počela da „obraća pažnju“ i da prepozna mnoge simptome koji su joj promicali tokom prethodnog perioda i koje nije primećivala tek onda kada su oni mogli da se pojave kao relevantni tj. kao indikatori nekog stanja. Unin slučaj takođe pokazuje da za adekvatnu interpretaciju

otelovljenog iskustva nije dovoljno to da osoba zna da su određeni telesni znaci indikatori nekih stanja, već to stanje mora da se pojavi kao moguće tumačenje.

Anđela je bila u sličnoj situaciji na početku trudnoće. Nije planirala niti očekivala trudnoću, a telesne promene su se dešavale u periodu koji je bio ispunjen brojnim drugim dešavanjima, pa je telesne promene ili ignorisala ili pripisivala različitim drugim uzrocima. Takođe, kasnjenje ciklusa nije interpretirala kao indikativno, jer je već imala slično iskustvo u prošlosti, da joj ciklus zakasni duže od mesec dana i to nema veze sa ostajanjem u drugom stanju, pa je test uradila tek nakon mesec dana kašnjenja ciklusa.

„Osećala sam tu neku mučninu uveče ali nisam... ma kao umislila si. S tim što, grudi kao pred dobijanje, meni je to već bilo povećano. Znači grudi su već počele bile da rastu i znam da smo bili na bazenu i da smo se zezali zato što žena od mog brata, godinu dana ranije je bila trudna i njoj su isto tako počele grudi da rastu i onda smo se mi zezali ma trudna si. I dok smo se mi zezali ni na kraj pameti mi da jesam stvarno. I imala sam povećan apetit, što inače imam kad sam u stresu, a to je sve bilo usred ispitnog roka i to sam tumačila tako. I to sam sigurno taj prvi mesec dobila već neku kilu, s tim što sam govorila 'ne znam šta mi je, jedem kao luda'. To je sve bilo pre nego što sam saznala. ... Pritom sam išla baš taj prvi mesec pre nego što sam saznala da sam trudna, tad sam bila počela i da trčim svako drugo veče, pošto sam i učila pa sam bila nervozna. Plus sam krenula da imam taj veliki apetit.. Još sam počela da radim i trbušnjake i kad je krenulo da mi kasni ja sam mislila ma ja sam se preforsirala pošto sam cela bila u upalama zbog vežbi. Isto tako sam čula može da ti kasni i ako kreneš puno da se baviš sportom, ja sam i zbog toga mislila.“ (Anđela)

Anđela je kao i Una počela da prepozna telesna stanja koja je prethodno osećala kao simptome trudnoće i da ih povezuje tek pošto je dobila rezultat na testu tj. potvrdu da jeste trudna. Za razliku od Une, ona je ove simptome primećivala, ali ih je povezivala sa drugim uzrocima (stres, preforsiranost zbog vežbi, približavanje menstruacije). Deluje da kod žena koje trudnoću ne očekuju ili koje iz nekog drugog razloga mogu da relativizuju oglašavanje svog tela postoji duži period neizvesnosti i tek medicinska tehnika i znanje koje ona nudi omogućavaju proces integracije i interpretacije sopstvenog telesnog stanja.

Još na početku poglavlja sa rezultatima pored neizvesnosti u vezi sa adekvatnom interpretacijom sopstvenog stanja, identifikovali smo još jedan izvor strepnje koji značajno određuje to kako će žena doživljavati početak trudnoće i kako će se prema njemu odnositi –

to je neizvesnost u pogledu toga da li će se trudnoća uopšte održati.

Neizvesni status trudnoće i uloga medicinske tehnologije

Medicinski izvori ukazuju na to da se između 15% i 20% svih registrovanih trudnoća okonča spontanom pobačajem, a najveći broj pobačaja, iznad 80%, nastupi pre dvanaeste nedelje (Cunningham, 2010: 215). Tako se prva tri meseca trudnoće često posmatraju kao rizična, ne samo od strane lekara, već i od strane samih žena. Kako je jedna sagovornica to izrazila: „*sve ti je u glavi, samo da ti prođe ta dvanaesta nedelja*“ (Maja). Sa strahom od spontanog pobačaja povezani su i kulturni običaji koji propisuju da se ne „širi vest“ o trudnoći pre kraja rizičnog perioda da se ne bi „baksuziralo“: „*Svima sam tu od drugarica objavila i onda su svi rekli kako ono obično čekaju da prođe tri meseca, ne znam zbog tih sujeverja i to i njima je to bilo interesantno da sam ja to odmah objavila svima (Nevena).*“ Dakle, nekada se, da bi se trudnoća podelila sa drugima tj. kako bi postala društveno priznata, čeka ne samo na potvrdu da je žena zatrudnela, već i na potvrdu da će se trudnoća održati. Na primer, Sonja je zbog krvarenja primala injekcije progesterona prva tri meseca i tek nakon toga objavila drugima da je trudna: „*I već kao kul, meni ne ide, ne krvarim, trudna sam ali ne pričam, a svima želim a ne smem. I tek posle trećeg meseca smo razglasili, mada opet sve tako bojažljivo. Nisam okačila na face ili tako neke varijante, taman posla.*“

Neizvesni početak trudnoće određuje i ulogu medicinske tehnologije i odnos žene prema njoj u savremenim okolnostima. Postojanje testova za rano utvrđivanje trudnoće pomera saznavanje trudnoće na raniji period, znatno raniji nego što je to do pre nekoliko decenija bilo slučaj, i dovodi do toga da taj neizvesni početak, tokom kojeg je i dalje pitanje da li će se trudnoća zadržati ili ne, postane ženama poznat. Iako je neizvesnost oko početka trudnoće postojala i u vremenu o kome govori Barbara Duden, pre pojave savremene medicinske tehnologije, kada je do samog porođaja postojala neizvesnost o tome da li prestanak ciklusa i rast stomaka ukazuju na trudnoću ili na razvoj bolesti (Duden, 1991: 157-170), čini se da je ta neizvesnost za samu ženu bila pre svega epistemološka – „da li dobro identifikujem svoje stanje?“, a ne ontološka – „stanje je ispravno identifikovano kao

trudnoća, ali da li će ona opstati?“. Dakle, pojava hormonskih testova za rano utvrđivanje trudnoće dovela je do stvaranja sasvim nove situacije za savremenu ženu – i u pogledu toga kako će ona posmatrati i doživljavati svoje telo na početku trudnoće i u pogledu toga kako će se odnositi prema njemu tj. na koji način će biti agent u zavisnosti od praktičnih postupaka koji joj stoje na raspolaganju. Za njeno telo se više ne može reći da možda jeste, a možda nije trudno, već počinje da se posmatra kao okruženje koje će možda „prihvatiti“ trudnoću, a možda će je „odbaciti“. Žena često pokušava da zauzme aktivan odnos prema ovoj situaciji i da utiče na to da se trudnoća održi – uzimanje hormona, mirovanje, nerazglašavanje kako se ne bi baksuziralo – a ne samo da čeka dok se situacija sama ne razreši.

Sonjin slučaj veoma lepo ilustruje ovu situaciju. Odmah nakon pozitivnog testa na trudnoću njoj se pojavilo krvarenje koje se uobičajeno smatra najvećim indikatorom rizika od spontanog pobačaja (Gracia et al., 2005; Everett, 1997). Iako bi isto krvarenje protumačila kao zakasneli početak menstruacije samo da nije uradila test tog jutra, činjenica da je test bio pozitivan potpuno menja tumačenje situacije i Sonjin odnos prema njoj.

„I onda smo otišli kod mojih da razglasimo i tamo sam otišla u WC i dobila! I znaš kakva drama! Do tog jutra nisam bila u fazonu da imam dete, al onda sve mi se srušilo! Brate nisam trudna! Al ti testovi su stvarno relativno pouzdani, reaguju na jedan mali hormončić i ne može da omane. I tamo piše može da bude blago crveno i crveno, a meni je bilo ultra crven i to za tri sekunde, a piše sačekati 5 minuta, uveliko sam bila trudna nema šta, i onda smo se svi smorili u kući.“ (Sonja)

To što ima dovoljno medicinskog znanja da test prepoznaje kao pouzdano sredstvo procene, kao i da shvata da je činjenica da je njen test odmah pokazao pozitivan rezultat (veoma kratko je čekala na pojavu crvene linije) indikator toga da se u urinu nalazi visoka koncentracija hormona, kao posledicu su imali to da Sonja početak krvarenja bez ikakve sumnje interpretira kao spontani pobačaj. Ona veoma slikovito govori o tome kako joj je samo saznanje da je trudna, iako se samo nekoliko sati pre toga nije osećala spremnom za dete i nije smatrala da ono dolazi u dobrom trenutku s obzirom na praktične okolnosti, drastično promenilo odnos prema celoj situaciji. Trudnoća koja prethodno nije čak ni bila bezrezervno željena postaje nešto izuzetno dragoceno, pa bi njen spontani prekid

predstavljao ogroman gubitak za osobu⁶³.

“Onda sam jurila neku privatnu laboratoriju da uradim test na trudnoću preko krvi i bilo je kasno i sve je bilo zatvoreno, a onda sam u minutu čekala te rezultate testa ispred kompjutera da mi pošalju na mejl. I isplakala sam se kao da sam petoro dece izgubila, raspala sam se potpuno niko nije mogao da me smiri.” (Sonja)

Sonja je tokom tih prvih nedelja bila u stanju iščekivanja i ona je sve vreme svoje telo doživljavala kao nešto što treba da zadrži plod i strahovala je da će ono taj plod odbaciti. To je jasno iz njene nesvesne telesne reakcije – grčila je i stezala noge kako bi fizički onemogućila plodu da „iscuri“. Iz ovog veoma slikovitog primera je jasno da nije reč samo o drugačijem razumevanju ili zamišljanju sopstvenog tela, već da promenjena otelovljenost podrazumeva i nešto više od toga.

„I ja sam se grčila sve vreme, nesvesno. Meni je keva rekla nemoj da se grčiš, to ako će da iscureće. A ja sam sve vreme sedela sa čvrsto stisnutim nogama, kao da začepim. A kako me je provalila, to mi je bilo fascinantno. Ali ona je imala jedan spontani pre nego što je ostala trudna sa mnom, pa možda se i seća. Ali samo mi je rekla nemoj, to sam i ja radila. Al ja sam nastavila da se grčim.” (Sonja)

Doktor je u Sonjinom slučaju odigrao aktivnu ulogu u održavanju neizvesnog statusa trudnoće i eksplicitno je definisao granicu rizika do kraja trećeg meseca. On je situaciju definisao kao nešto na šta Sonja ne može da utiče svojim postupcima („Ako tebi telo to zadrži...ako to neće, to neće.“).

„I onda sam se ja okuražila da pitam doktora hoćete li sad da mi kažete šta se desilo, šta je bilo i šta se sad tačno dešava i on mi je rekao “ne mogu ništa da ti kažem, do trećeg meseca se ništa ne zna. Ti jesi trudna, ali da l’ će to da se uhvati ili neće tu bukvalno ne može ništa da se uradi sem da te rokam tim hormonima. Ako tebi telo to zadrži...ako to neće, to neće. S tim se pomiri.” (Sonja)

Sonja smatra da je doktor „odigrao bitnu ulogu“ i to baš tako što je podržao ovaj neizvesni status trudnoće. Kao da ju je doktor time podržao u čekanju⁶⁴ – nije joj „budio

⁶³ Ovakvo vezivanje i identifikacija u sasvim ranoj fazi trudnoće nije primetno kod drugih sagovornica koje nisu imale tako problematičan početak i ono se javilo samo kod još jedne žene koja je bila u veoma sličnoj situaciji i kojoj je nakon (pogrešne) dijagnoze ukazivano na neophodnost prekida trudnoće.

⁶⁴ Zahvalna sam Janu Valsineru što mi je ukazao na ovaj specifičan i donekle paradoksalan tip ispoljavanja agensnosti koji se sastoji u održavanju nejasne i neizvesne situacije tj. uzdržavanju od aktivnosti i zauzimanja konačnog stava (lična komunikacija, maj, 2014.).

lažnu nadu“, kako se ne bi ni identifikovala sa trudnoćom prerano, i možda neopravdano, što bi joj povećalo osećaj gubitka ako se trudnoća ne održi, ali je nije ni „potpuno ubio u pojam“, kako ne bi odmah počela da tuguje ili bude anksiozna, jer će to psihičko stanje možda štetiti trudnoći koja ima šansu da se održi.

Kod nekih žena je početak trudnoće konstruisan kao rizičan i nezavisno od postojanja nekih indikativnih telesnih simptoma kao što je krvarenje i one se prema svom stanju odnose veoma pažljivo. Ovo posebno važi za one koje su začele procesom vantelesne oplodnje ili koje su imale neke reproduktivne probleme u prošlosti. S obzirom na to da su kod Tamare postojale teškoće sa ostajanjem u drugom stanju, neizvesnost o tome da li će se trudnoća održati još je izraženija. Ona je, na primer, preventivno počela da pije hormone čim je saznala da je trudna. Tamara tu neizvesnost produbljuje time što pokušava da je razreši prerano – odlazi ranije od dogovorenog na ultrazvučni pregled na kome se ne čuju otkucaji srca bebe, i to je vodi ka korišćenju dodatnih medicinskih tehnika – praćenju rasta koncentracije hCG-a u krvi koji treba da se poklopi sa statističkim kriterijumom.

„I onda sam to odmah počela da uzimam hormone i doktor mi je rekao da dođem za deset dana, da bi tada trebalo da se vidi kakav je kvalitet ploda. Što ja apsolutno nisam znala šta znači, međutim ja nisam mogla da sačekam tih deset dana, ja sam otišla posle sedam dana, znači pet nedelja i dva dana, i na tom ultrazvuku doktor nije čuo otkucaje srca ploda. Po njegovom mišljenju su trebali da se čuju i što znači da je kvalitet ploda loš, odnosno da je neki loš spermatozoid oplodio jajnu ćeliju i da se ta trudnoća neće održati. Prilično se on uplašio, ja sam se još više uplašila ... Opet sam vadila krv da se vidi koliki je taj beta hCG. Bio je u tom prvom trenutku jako visok, ali onda se gleda koliko se povećava u narednih 48 sati. Trebalo bi da se poveća 66%. Ja sam izvadila krv nakon 48 sati i meni se povećao samo 50%. I onda sam ja u panici, već sam mislila da je to gotovo i da će doći do spontanog. Pozvala sam doktora i smirio me je, da je i tih 50% visok procenat, da sačekam još nedelju dana i da onda odem kod njega, i da naravno budem spremna ukoliko se nešto desi. Međutim kada sam otišla naredne nedelje, čuli su se otkucaji srca, i sve je apsolutno bilo kako treba.“ (Tamara)

Dodatno objašnjenje ovog neizvesnog početka trudnoće Tamara nalazi u još jednom medicinskom razlogu tj. tehnološki posredovanoj informaciji – boji grlića materice koja je indikator nižeg nivoa progesterona. Tek na kraju i skoro usputno ona spominje i svoje otelovljeno iskustvo koje ukazuje na to da možda nešto nije u redu, ali njemu se pridaje sasvim malo pažnje.

„Doktor je posle toga, pošto godinama ja idem kod njega, on je pronašao ranije snimke sa kolposkopije i on je to uporedio, da je meni grlić svetao jako. Što znači da ja imam inače manjak progesterona, pa da se sve to desilo. Jer pored toga što se sve desilo ja sam imala bolove nešto slično kontrakcijama, otkako sam ostala trudna, mada ja tada nisam znala kakve su kontrakcije. Meni je dugo izgledalo kao da ću dobiti, jednostavno takav bol, sve do trenutka kada sam saznala da sam trudna. Ja sam u to vreme išla na aerobik i žalim se toj devojci što nas trenira da me preseče u stomaku grč, a ona mi kaže prehladila si se. Međutim kasnije se ispostavilo da je to trudnoća. I u prvo to vreme sam imala bol u donjem delu stomaka, koji boli neko vreme i onda pusti, to je nešto što valjda liči na kontrakcije. Valjda im je taj progesteron pomogao... Ja sam pored tog leka progesterona primala i injekcije svakih pet dana i to je trajalo dok nisam ušla u treći mesec, do dvanaeste nedelje.“ (Tamara)

Ovaj odeljak nam daje uvid u to da se kod Tamare otelovljeno iskustvo pojavljuje tek u vezi sa rezultatom medicinske analize i ekspertskim mišljenjem. I to se ne pojavljuje kao dodatna potvrda ekspertskog mišljanja, već kao da je medicinska informacija tek pridala relevantnost telesnim simptomima i ponudila okvir u kome oni mogu da se pojave. Na osnovu toga je ova situacija slična sa onim ranije komentarisanim u odeljku sa utvrđivanjem trudnoće.

Neizvesni početak trudnoće i odsustvo, ili nejasno i višesmisleno prisustvo, telesnih oglašavanja stavljaju ženu u specifičnu situaciju na početku trudnoće i čine da medicinska tehnologija za nju igra veoma značajnu ulogu. To posebno važi za ultrazvuk koji nudi obećanje „direktnijeg“ i „neposrednijeg“ pristupa njenoj telesnoj situaciji. Žene često sa nestrpljenjem i strahom iščekuju rezultate prvog ultrazvučnog pregleda na kom je moguće videti da li se plod usadio u matericu i čuti njegove otkucaje srca. Međutim, u narednim odeljcima videćemo da je pitanje uloge ultrazvuka u iskustvu trudnoće znatno kompleksnije i da je ono neraskidivo povezano sa promenljivim otelovljenim iskustvom tokom trudnoće, posebno iskustvom aktivnosti jednog novog bića koje za ženu postaje sve diferenciranije i stiže sve veću autonomiju.

Uloge ultrazvuka u iskustvu trudnoće

Iako su babice vekovima pre toga opipavale stomak trudnih žena kako bi osetile pokrete ploda, praksa da to radi lekar, muškarac, započeta je 1788. godine. Vilhelm Pluke (Wilhelm Ploucquet) tada je inicirao tehniku palpacije – dodirivao je stomak trudnih žena čime je srušio viševjekovni tabu i tako je započelo posredno praćenje pokreta fetusa i njegovog rasta (Kukla, 2005: 71). Ruke lekara zamenjene su tehnologijom od početka 20. veka kada je počelo korišćenje rentgenskog snimanja tokom trudnoće. Iako su se javljala upozorenja da su x-zraci možda štetni za novorođenče, tek pedestih je pokazano da je snimanje rendgenom tokom trudnoće povezano sa razvijanjem kancera kod dece i ova praksa je napuštena (O'Dowd & Phillip, 1994). Ona je, od šezdesetih godina prošlog veka, zamenjena ultrazvukom.

U literaturi se često ističe psihološki značaj prenatalne dijagnostike za ženu, posebno ultrazvuka koji joj omogućava da *vidi* bebu (Clement et al, 1998). Ukazuje se na to da slike i informacije o fetusu koje daje medicinska tehnologija mogu na različite načine da se odnose prema vezivanju i odnosu prema plodu (Taylor, 2008). Ipak, pokušaćemo da pokažemo da uticaj tehnologije može da bude znatno širi od toga – da ona može značajno da izmeni to kako žena doživljava trudnoću i svoje trudno telo, ali i kako se praktično odnosi prema svom promenjenom stanju.

Nema mnogo smisla pitati se o ulozi ultrazvučne tehnologije u trudnoći na neki generalni način. Većina istraživanja postavlja ovako uopšteno pitanje, ali se zapravo bavi sasvim specifičnom ulogom ultrazvuka i fokusirana je samo na jedan period trudnoće – UZ se vidi prvenstveno, ili čak isključivo, kao sredstvo koje omogućava *gledanje* bebe i ispituje se njegove upotreba u drugom trimestru, dakle, u vreme kada žena već oseća bebine pokrete. Zbog toga se kao glavno pitanje pojavljuje to da li ovo tehnološki posredovano znanje o bebi koje je dostupno raznim osobama ukida privilegovani otelovljeni pristup koji ima sama trudna žena (Young, 2005; Bergum, 1989).

U ovom delu analize narativa žena želim da pokažem da ultrazvuk može odigrati različite uloge za subjektivnost žene, doživljaj njenog tela i identifikaciju sa trudnoćom⁶⁵. Te uloge se, između ostalog, menjaju s obzirom na to o kom periodu trudnoće se radi. One, pored toga, u velikoj meri zavise od konkretnih okolnosti u kojima se UZ pregled odvija – uloge lekara, obrazaca komunikacije, organizacije pregleda i sl. Takođe, umesto da se pojavi dihotomija – otelovljeno iskustvo vs. tehnološki posredovano iskustvo trudnoće i bebe – koja podrazumeva isključujući odnos između ova dva vida odnošenja prema sopstvenom telu, javljaju se kompleksne i promenljive relacije između njih.

Značajno je napomenuti i to da ova dva modaliteta u samom iskustvu nisu razdvojena, jer žena doživljava i svet i sebe kao celoviti otelovljeni subjekt, ali je ovo razdvajanje analitički korisno. U nekim situacijama je pre svega dominantno telesno znanje, kao npr. kod doživljaja pokreta bebe, a u nekim pre svega tehnološki posredovano, kao u iskustvu ultrazvučnog pregleda. Mada u doživljaj pokreta ulazi i to kako žena zamišlja bebu na osnovu ultrazvučne slike, a u iskustvo pregleda i to što žena oseća pokrete bebe i njen položaj. Dakle, u narednim odeljcima će analitičko razdvajanje dva modaliteta iskustva voditi nužnoj simplifikaciji, ali ono će nam omogućiti da detaljnije i preciznije ispitamo njihovu dinamiku i interakciju.

Uloga ultrazvuka u indukovanju i razrešenju neizvesnosti tokom trudnoće

Informacije sa ultrazvuka su posebno značajne za ženu tokom prvih meseci, dok ona ne dobije telesno posredovan uvid u aktivnost bebe tj. dok ne počne da oseća njene pokrete. Već je bilo reči o tome da je početak trudnoće obeležen neizvesnošću i ova činjenica u priličnoj meri određuje to koliko će važnosti žena pridavati onome što može da sazna na pregledu i kakav efekat će to imati na nju.

Veliki nedostatak hormonskih testova trudnoće, i onih kućnih i onih laboratorijskih, jeste to što oni, za razliku od ultrazvuka, ne omogućavaju utvrđivanje vanmaterične

⁶⁵ Značajno je da napomenem da ću se baviti samo ulogom ultrazvuka za nadgledanje i praćenje medicinski nekomplikovanih trudnoća. U slučaju nekih invazivnih dijagnostičkih procedura (poput amniocenteze i biopsije horionskih resica) i intervencija (poput fetalne hirurgije, kao i VTO procedure) ultrazvuk ima veoma specifičnu ulogu. On omogućava da telo žene postane transparentno tako da procedure mogu da se obavljaju i prate.

trudnoće⁶⁶. Ovo je najčešće razlog što se žene relativno brzo obraćaju lekaru i traže dodatnu tehnološki posredovanu medicinsku potvrdu trudnoće. To kakva je uloga ovog prvog ultrazvučnog pregleda značajno je određeno i neizvesnim statusom koji trudnoća ima tokom prvog trimestra, o čemu je već bilo reči.

„Prosto ja sam došla kod doktorke samo na potvrdu, da vidimo da je to stvarno tako. I da ona vidi da li je to sve kako treba, da nije ono neka vanmaterična ili nešto tako.“ (Teodora)

„Ja sam verovala u taj test trudnoće plus ultrazvuk. Ja sam nekako što je sigurno sigurno je, ja sam više da oni vide na ultrazvuku da je sve ok. I tad sam razmišljala, otkud ja znam, uradiš te analize krvi i može da bude, ne daj bože, vanmaterična trudnoća.. Može da ti bude... Baš sam nekako, mnogo sam bila informisana. U stvari mnogo sam čitala ranije. Tako da stvarno baš sam bila informisana. I to mi je nekako bio normalan sled, da ja uradim ultrazvuk.“ (Maja)

Neke autorke prepoznaju da je veoma rana detekcija trudnoće koju su omogućili kućni testovi zapravo dovela do još ranijeg stavljanja trudne žene pod nadležnost medicine (Tone, 2012). Ovo nije sasvim neproblematična tvrdnja. Sa jedne strane, žene su dovoljno informisane i potreba za daljom tehnološkom proverom je sasvim racionalna jer može preduprediti rizične ishode. Ipak, sa druge strane, u njihovim narativima moguće je prepoznati i neki višak nesigurnosti i potrebe da ono što su same utvrdile dodatno potvrdi stručnjak i to uz pomoć sofisticiranije tehnologije i na direktniji način. Često se ističe važnost toga što nešto može da se vidi, ne samo da se očita. Zbog ove potrebe, žene ponekad sebe dovode u situaciju još veće neizvesnosti, jer od tehnologije očekuju nešto što ona ne može da im pruži.

Maja je pokušavala duže od dve godine da ostane trudna i, kako sama kaže, „mnogo se opterećivala time“. Deluje da je ona anksioznost, koja ju je pratila u vezi sa ostajanjem u drugom stanju, prenela na početak trudnoće. Zato joj je bila neophodna spoljašnja potvrda da je „sve u redu“ i to potvrda koja bi bila što je moguće direktnija i pouzdanija. Nije bilo dovoljno oslanjanje na bilo kakvo tehnološki posredovano znanje, kakvo je omogućeno hormonskim testom. Ona je zato odmah pošto je saznala, pokušavala da pronađe ordinaciju u kojoj će pristati da joj urade ultrazvuk, iako je to veoma rana trudnoća i postojala je šansa

⁶⁶ Vanmaterična trudnoća je u 90% slučajeva lokalizovana u jajovodu i, ukoliko prođe nedetektovano, može imati letalne posledice (Cunningham, 2010: 238).

da se na njemu ništa ne vidi.

„Bila sam ono prvo ajde neću još rano je, ajde neće da se vidi ništa na ultrazvuku. Međutim to je toliko si nestrpljiv, to je toliko ono samo da čuješ da je sve u redu. Samo da čuješ da je sve ok. Jer toliko to želiš i onda da se nešto ne desi. Jer je ono u poslednje vreme toliko puta čuješ da su žene ostale trudne pa se to ne završi... I ja pozovem ordinaciju i oni kažu rano je još, sačekajte još nedelju-dve. I ja kažem ma ko će da čeka, ima da tražim. Ja sam tražila ordinaciju dok nisam našla onu koja hoće da me primi. (...) I potvrdila je doktorka da je to trudnoća ali da je to mala trudnoća. Ništa, plod se čak nije ni video na ultrazvuku. Samo se video mešak onaj.“ (Maja)

Ipak, ni ova direktna potvrdu saopštena od strane lekara nije dovoljna da u potpunosti otkloni neizvesnost, jer slika sa ultrazvuka, od koje je bio očekivan neposredni uvid i neproblematična potvrda, ipak nije jednoznačna. Maja na njoj ne uspeva da vidi ono što je makar implicitno očekivala da vidi – svoju bebu.

„Dala mi je sličicu ultrazvuka i tu se samo vidi krug. Nema unutra bebe. A onda kreneš da razmišljaš: „pa u redu je, rekla je da je u redu... a kako kad se sad ne vidi beba?“ Totalno se ono, sve ti je u glavi, samo da ti prođe ta dvanaesta nedelja.“ (Maja)

Majin slučaj ukazuje na to da tehnologija, ili bar način na koji se ona uobičajeno reprezentuje, nudi obećanje koje često ne može da ispuni. Obećanje objektivnog jednoznačnog uvida, neproblematičnog dokaza nekog stanja. A onda u stvarnosti osobe bivaju suočene sa nejasnim slikama, brojevima koji se mogu intepretirati na više načina, nerazumljivim grafikonima. Zanimljivo je i kako se glas lekara odnosi prema ovoj višesmislenosti tehnologije. Lekar se po pravilu smatra autoritetom i veoma je važno da on „kaže da je sve u redu“, ali u ovakvim situacijama, kakvu imamo kod Maje, kada je sa nekim stanjem povezana velika neizvesnosti, to što ne postoji apsolutna saglasnost između reči lekara i tehnološke slike, unosi dodatnu neizvesnost.

Saška je bila u donekle sličnoj situaciji, jer joj je prvi pregled uneo dodatnu neizvesnost umesto da je razreši.

„Ništa mi nije pokazao na ultrazvuku i to je bilo strašno zato što je on meni rekao vidim gestacioni mrešak, tu kao opnu, gde se stvara mesto za bebu, ali rekao je ja ne vidim plod. To je bila peta nedelje, peta ili šesta, šesta nedelja. Prvi put kad su on i Jeca shvatili. On je rekao ne vidim plod. I ja sam rekla šta to znači? On je rekao pa ništa, još je mala trudnoća, ne mogu da vidim. Ja sam rekla je l' to

normalno? Je l' se to dešava? On je rekao pa da, da, al dođi sledeće nedelje da potvrdimo.“ (Saška)

Dakle, Saška nema izgrađena adekvatna normativna očekivanja i ona nije sigurna kako treba da protumači činjenicu da se na ultrazvuku ne vidi plod. To odlaganje potvrde za sledeću nedelju je njoj unelo neizvesnost i odlučila je da potraži mišljenje drugog lekara u privatnoj praksi.

„Ta doktorka mi je radila vaginalni ultrazvuk, i ona je okrenula ekran i pokazala evo vidi ovo je plod. I čak mi je pustila srce i rekla je evo čuje se srce, plod je vitalan. I tad sam odahnula i to je bila zvanična potvrda moje trudnoće. Ali posle sam čula priče da je u Zapadnoj Evropi zabranjen vaginalni ultrazvuk prva tri meseca. Pa sam se onda tripovala i zbog toga, zašto je ona meni uradila? Verovatno žena jer smo joj mi rekli da moj ginekolog nije video plod. Pa je ona da ne odemo odatle da opet ne vidimo.“ (Saška)

Iako je ovaj pregled bio „zvanična potvrda“ njene trudnoće, on je pružio osnovu za novu neizvesnost koja je posledica potencijalne štetnosti vaginalnog ultrazvuka na početku trudnoće, koji može da ugrozi kompetentnost grlića materice i time poveća rizik od spontanog pobačaja. Dakle, kod Saške se tehnologija pojavila kao sredstvo razrešenja jedne neizvesnosti („da li sam zaista trudna?“), ali ujedno i podsticaj za novu neizvesnost („da li će sada sa trudnoćom sve biti u redu?“). Ovo nije neuobičajena situacija kada je reč o uključivanju tehnologije ne samo u reproduktivni proces, već i u razne druge sfere života, i na nju ćemo nailaziti prilikom komentarisanja nalaza.

Međutim, medicinska tehnologija može da odigra i sasvim suprotnu ulogu za ženu i da omogući razrešenje neizvesnosti. Nakon pozitivnog rezultata testa, doktorka je Neveni zakazala ultrazvuk tek za dve nedelje, jer je bila u pitanju rana trudnoća pa je postojala mogućnost da se na ultrazvuku ne vidi plod i ne čuju otkucaji srca. Tokom cele nedelje pre odlaska na pregled Nevena je imala problem sa celodnevnom mučninom, koju je isprva interpretirala kao tipičan simptom trudnoće. Ipak, naknadno ju je povezala sa psihičkom napetošću i osećajem neizvesnosti u pogledu trudnoće, jer su svi neprijatni simptomi prestali u trenutku kad je otišla na ultrazvučni pregled na kome joj je dobila potvrdu da je trudna.

„Tih nedelju dana je baš bilo, i to je zaista jedinih nedelju dana koje sam tako preživela da ništa nisam mogla da jedem, jer sam imala mučninu konstantnu. I ja sam bila u fazonu ako će mi ovako biti

naredna dva meseca ono poludeću. Međutim to je zaista bilo tih nedelju dana. To je bilo pre prvog ultrazvuka. I onda sam otišla na taj prvi ultrazvuk i bukvalno onog momenta kad sam sela da uđem ispred te ordinacije gde sam radila ultrazvuk, kad sam sela, onaj osećaj kao rukom odnesen. Znači u tom momentu je meni sva mučnina nestala i bukvalno kao rukom odnesena. I onda sam ja ušla, onda je doktorka potvrdila trudnoću i onako kao super olakšanje. I onda sam izašla i došla kući i onda sam imala prvi normalan obrok posle nedelju dana. I tad me je prestala mučnina. I onda sam ja to negde povezala da to možda i nije bilo od same trudnoće. Da je to meni bilo na nekoj nervnoj bazi, te neizvesnosti da li jesam, da li nisam, čekanje tog ultrazvuka da potvrdi da jesam. To sam samo pomislila iz tog razloga, baš tog efekta kao rukom odneseno. Da je nešto fizički vezano za trudnoću onda bi se pojavljivalo i posle. Jer ja posle toga nisam imala te simptome nijednom. ...“ (Nevena)

Tek iznenadni prestanak neprijatnih simptoma koji se poklopio sa situacijom konačnog razrešenja neizvesnosti putem medicinske potvrde trudnoće omogućio je Neveni da te simptome pripiše svojoj psihičkoj situaciji i reakciji na stres, a ne telesnom ispoljavanju trudnoće. Zanimljivo u ovom slučaju je i to što Nevena smatra da je do te situacije uopšte došlo jer je ona čitala previše informacija o trudnoću tokom prvih dana („verovatno sam onda i nabila sebi taj stres“). Dakle, medicinsko znanje, koje je dovelo do toga da ona trudnoću vidi kao izuzetno rizični projekat sa neizvesnim ishodom, dovelo je ženu u stanje koje može biti otklonjeno i razrešeno samo dodatnim (pouzdanijim) medicinskim znanjem. I bez obzira na razlike u odnosu na ranije razmatrane slučajeve, Nevenin primer pokazuje sličan obrazac uloge tehnologije koji je prethodno spomenut i na njen slučaj ću se svakako vratiti kasnije kada budem detaljnije razmatrala ulogu medicinskog znanja koje je u savremenim okolnostima ženama široko dostupno i van institucionalnih okvira medicine.

Dakle, na početku, ultrazvuk može da ima dvostruku ulogu – informacije koje on pruža mogu da umanje, ali mogu i da uvećaju neizvesnost koju žene često osećaju u prvim mesecima. Ovaj ambivalentni ishod često se javlja i kasnije tokom trudnoće.

Kada se žena oseća dobro i ima i otelovljeno znaje o bebi jer oseća njene pokrete, ona ponekad nema potrebu za dodatnim (tehnološki posredovanim) informacijama. U takvoj situaciji, odlazak na pregled može inicirati ili indukovati anksioznost jer žene strepe „da ne čuju neke loše vesti“. Tada se može javiti sumnja da neposredni otelovljeni doživljaj ("osećam se ok") možda nije pouzdan indikator zdravstvenog stanja.

„Ja nisam volela da idem na ultrazvuk, jer pred ultrazvuk ja sam toliku tremu osećala uvek, u smislu pa ne znam ja sam uvek samo mislila da odem i da sve bude u redu. Da mi kaže da je sve u redu i ovako kad i ne idem na ultrazvuk ja i ne razmišljam i osećam se ok. A onda kad treba da idem na ultrazvuk i onda mi se nabace te nekakve misli i da l' će sve biti u redu, pa šta ako na ultrazvuku nešto vidi i nije u redu. Pa kao neka neizvesnost u smislu kao mogu da čujem i neku lošu vest. I onda ja nisam volela da idem ali onda kad odem i kada ona kaže da je sve u redu, onda mi je naravno lakše.“ (Nevena)

U ovom istom citatu opet je očigledna ambivalentna uloga tehnologije, jer ona jedino dovodi do umanjenja neizvesnosti koju je sama stvorila. Tek nakon što čuje potvrdu da je sve u redu, žena oseća umirenje i olakšanje, iako nezavisno od približavanja ultrazvuka nije osećala bilo kakvu anksioznost. Ova osobina tehnologije da nudi razrešenje neizvesnosti koju je sama indukovala pružanjem mogućnosti da stanje bebe bude stalno dostupno na tehnološki posredovan način dovela je i do nekih sasvim novim pojava koje mogu imati negativne ishode kako po ženu tako i po njenu bebu. Na tržištu su se pojavili ultrazvučni dopler aparati za kućnu upotrebu i žene ih kupuju kako bi mogle bilo kada da čuju otkucaje srca svoje bebe⁶⁷. Žene su navikle da se oslanjaju na tehnologiju i da im tako dobijena informacija bude jedino što im može umanjiti anksioznost i zato im razmaci između pregleda postaju predugi. Deluje da sama činjenica da je trenutno stanje njihove bebe potencijalno uvek dostupno uz pomoć medicinske tehnologije, a da njihovo otelovljeno iskustvo pruža samo povremene i možda nedovoljno jasne uvide, izaziva i podržava anksioznost u vezi sa bebinim stanjem ukoliko nemaju „direktan“ uvid u njega. Problem sa korišćenjem kućnih dopler aparata je to što, poput telesnog znanja, ni tehnološka informacija nije jednoznačna i neophodna je interpretacija, a u pogledu nje žene često greše – teško je razlikovati zvuk bebinog srca od zvuka sopstvenog srca i ostalih zvukova iz organizma. Kao posledica toga buduće majke ili prečesto traže pomoć lekara, jer ne uspevaju da čuju srce bebe ili je ne traže kada je potrebno jer pogrešno veruju da su ga čule⁶⁸. Zanimljivo je to da lekari u ovom kontekstu podstiču žene da se oslanjaju na svoje

⁶⁷Dostupno na: http://www.babycenter.com/404_is-it-safe-to-use-a-fetal-doppler-to-listen-to-my-babys-heart_10349809.bc, <http://zena.blic.rs/Bebe/23883/Trudne-i-paranoicne-Kupuju-aparate-za-ultrazvuk-kako-bi-u-svacom-trenutu-mogle-da-provere-dete> (pristupljeno 23.8.2014.).

⁶⁸ U literaturi se navode primeri žena koje su osetile da se bebe manje pomeraju ili se ne pomeraju uopšte, ali koje nisu otišle kod lekara jer su na osnovu aparata pogrešno procenile da su otkucaji srca normalni i tada je dolazilo do veoma loših posledica (Chakladar & Adams, 2009).

otelovljeno iskustvo tj. doživljaj pokreta bebe i da im to služi kao indikator stanja i znak za to da li da se obrate lekaru i obave analize uz pomoć tehnologije – što podrazumeva ne zamenu jednog modaliteta iskustva drugim, već njihovu koordinaciju. Dakle, opet imamo slučaj da tehnologija koja je napravljena s ciljem da smanji neizvesnost, i koja se ženama reklamira kao takva, zapravo neizvesnost održava i produbljuje.

Ima, naravno, i slučajeve u kojima medicinska tehnologija dovodi do razrešenja neizvesnosti koja je prethodno nastala zbog nekog telesnog stanja koje žena nije sigurna kako da interpretira. Tamara je tokom poslednjeg trimestra osećala bolove u stomaku i preponama posle dugih šetnji ili dugog sedenja i taj bol je predstavljao opterećenje za nju pre svega zbog nemogućnosti da mu pronađe uzrok. Njena hipoteza bila je da joj stomak „leži nisko“ tj. da je beba suviše spuštена i da vrši pritisak na dno karlice i izaziva bol. Procene drugih ljudi, uključujući i lekara, nisu validirale ovu njenu pretpostavku i situacija je razrešena tek informacijom sa ultrazvuka.

„Ja sam od početka, od kako je počeo da mi raste stomak, delovalo mi je da mi stomak nisko. Pričala sam to mami, suprugu, svekrvi, a oni ma ne, ne to ti se čini. Onda sam ja jednom prilikom pitala doktora i on kad me je pogledao ovako kaže 'ne, ti si visoka, nije'. Međutim kad je na ultrazvuku gledao kaže jeste ipak, i to je sad skoro bilo kad sam bila u sedmi mesec, pošto je meni beba okrenuta kao za porođaj, znači glava joj je dole da me malo pritiska glavom. Kaže da postoji mogućnost da od tih dugih šetnji kad osetim bol da je to baš zbog toga, da me beba pritiska.“ (Tamara)

Tamara je paradigmatičan primer donekle preokupirane trudne žene koja se sa nepoverenjem odnosi prema svom telu i u velikoj meri se oslanja na medicinska znanja, dijagnostičke tehnike i mišljenje lekara. U ovakvoj subjektivnoj konstelaciji trudnoće sasvim je očekivano da medicinska tehnologija ima značajnu ulogu u otklanjanju neizvesnosti izazvane nejasnim i ambivalentnim telesnim iskustvom. Ipak, medicinska tehnologija ovakvu ulogu ponekad igra i u slučaju žena koje su izuzetno sklone da se oslanjaju na svoj otelovljeni doživljaj i imaju „dobar kontakt“ sa svojim telom, kao što je to, na primer, Sonja. Osobine visceralnog tela koje su izložene u teorijskom delu rada i ovakve žene stavljaju pred epistemološki zadatak koji nije lako rešiv. Na primer, pri kraju trudnoće Sonja je počela da registruje brojne nepoznate telesne promene, a nije imala adekvatne resurse za njihovu interpretaciju. Ona je zbog toga donekle osećala neizvesnost i značilo joj

je da dobije medicinske informacije kako bi validirala ili adekvatno interpretirala svoje stanje.

„I to što mi je unutrašnje strašno, pošto znam da se nešto dešava, pošto sad tih ultrazvukova nema. I osim što se beba mrda, ništa drugo ne znam, da se nešto moje telo sprema, konačno. Nije da se ništa ne dešava, itekako se dešava i non-stop se dešava. I stalno nešto novo. Evo sad mi se pojavila ona crta tu po stomaku⁶⁹.“ (Sonja)

Sonju fascinira priroda i kako je sve u trudnoći „spontano uređeno“ i kako se telo samo prilagođava. To uverenje joj npr. potvrđuje da je napravila pravi izbor kada je odlučila da se porađa bez epidurala tj. omogućava joj da se odupre određenoj medicinskoj tehnologiji. Ona kaže – „na konto prirode sve je čudo“ i „priroda sve to lepo uredi“. Ipak, to što ima poverenja u prirodu kao da ne znači automatski da joj je jasno šta joj se dešava i da joj jedino preostaje samo da se u potpunosti prepusti. U situacijama u kojima nije sigurna kako da objasni ono što oseća – npr. doživljaj da joj se kukovi razglavljaju ili da je beba šutira u grlić materice, Sonji kao da je potrebna medicinska validacija. Ona je sklona da se tada osloni na medicinsko znanje (o tome šta se sa kukovima dešava dok se pripremaju za porođaj) i tehnologiju (ultrazvukna slika koji pokazuje položaj nogu bebe) i time uspeva da potvrdi i objasni svoje otelovljeno iskustvo.

„Ali sam ponosna što moje neke te impresije su dosta... dve su se potrefile kao tačne – da dete stvarno ima noge dole i da me šutne, i da me kukovi bole s razlogom. I da nisam istripovala, da nije psihosomatika, imam neki dokaz, tamo piše, nešto piše.“ (Sonja)

To što Sonja oseća ponos zbog medicinske validacije svojih stanja može se dvostruko interpretirati. Sa jedne strane, može delovati da je to indikativno za generalni stav nepoverenja prema otelovljenom iskustvu žena u medicinskom kontekstu, koji ovde treba shvatiti šire od okvira samih medicinskih institucija, na koji ona reaguje tako što je ponosna jer je „u pravu“ i „ima dokaz“ za to – i to tip dokaza koji je u medikalizovanom svetu jedino prihvatljiv. Sa druge strane, Sonja može biti ponosna jer je dobila spoljašnju potvrdu da svoje telo „dobro čita“ i to joj može samo učvrstiti poverenje u sopstveno otelovljeno iskustvo. U tom slučaju se tehnološko znanje pojavljuje samo kao potvrda

⁶⁹ *Linea nigra* je posledica hiperpigmentacije zbog koje linija koja uzdužno deli stomak poprima tamnu boju i spada u relativno česte simptome trudnoće (Cunningham :111).

otelovljenog znanja i pozitivno doprinosi celokupnom doživljaju trudnoće, mada bi ova njegova uloga verovatno bila nemoguća da u savremenom svetu nema privilegovani status kakav ima. Ovo razmatranje relevantno je i za poslednji slučaj koji u okviru aktuelnog poglavlja planiram da izložim.

Ima svakako i trudnih žena koje tehnološki posredovane informacije posmatraju samo kao dodatne „inpute“ o bebi i trudnoći koji ne interferiraju sa njihovim otelovljenim iskustvom. Dakle, tehnologija nema ulogu ni u indukovanju ni u razrešenju neizvesnosti. Una je na prvom ultrazvuku bila uzbuđena što može da vidi potvrdu trudnoće na ekranu, bez obzira na to što nije uspevala dobro da razazna stvari ukoliko joj doktor to ne objasni i pokaže, što je tipična situacija na koju ću se vratiti kasnije kada budem razmatrala ulogu lekara kao posrednika između žene i tehnologije.

„Ja sam bila na prvom ultrazvuku... beba je tad baš mala, mislim baš je malecna, možda čak i manja od toga. Neki crvoljak. Doktor mi je dosta lepo to objasnio u smislu da mi je okrenuo monitor i rekao vidiš ovo je materica, a ova fleka ovde to je trudnoća. (...) Ali meni je bilo potpuno ludilo. Iako ništa, mislim to je stvarno flekica. To nema oblik homunkulusa. To je baš fleka. I još je loše. Loš je monitor. Mislim kriv je i izgleda kao sneg na tv-u. Da mi on nije pokazao šta je šta, ja ne bih ništa ni provalila, šta je u pitanju. Ali bilo mi je uzbudljivo. Bilo mi je baš uzbudljivo.“ (Una)

Kod ove sagovornice tehnologija je nastavila da igra sličnu ulogu i kasnije tokom trudnoće, ulogu koja ne bi mogla da se svede ni na umanjenje ni na podsticanje neizvesnosti, jer su za nju vezane pozitivne emocije. Iako, kako sama prepoznaje, odlazi „rutinski“ na preglede i ne brine zbog loših ishoda, Una doživljava pozitivan rezultat sa tih pregleda kao veliki uspeh i kao lično postignuće („kao da si se popeo na planinu“), iako, naravno, razume da ona „ništa nije uradila“.

„Svaki put kad se vratim s pregleda, sve je dobro. Iako ne očekujem ništa loše, užasno sam rutinski išla na te preglede, jer oni traju dva minuta i gotovo. Svaki put kad ti kažu sve je ok, a ne kažu više od toga, mislim ne kažu ti divno, jer nije divno nego je ok. I ceo dan ti je kao da si se popeo na planinu, kao yes. Nemaš pojma zašto, a ništa nisi ni uradio. Ali kao super ti je.“ (Una)

Treba imati u vidu to da je ovde reč o ženi koja visoko vrednuje svoje otelovljeno iskustvo, za koju je telo, po sopstvenim rečima, „zona sigurnosti celog života“ i koja oseća divljenje i fascinaciju pred mnogostrukim telesnim promenama tokom trudnoće. Dakle,

Una nije neko ko, poput npr. Tamare, privileguje medicinski pogled i tehnološki posredovano znanje. Ona je, uostalom, i jedina sagovornica koja je uspela da se odupre medicinskom modelu i izabere porođaj kod kuće. Upravo zbog toga je ova njena reakcija zanimljiva i relevantna. Na moje pitanje šta misli zbog čega oseća takvu sreću i uzbuđenje kad joj na pregledima potvrde da je sve u redu, Una odgovara da je to zato što se veoma „saživela sa trudnoćom“ i „vezala je sebe za ideju trudnice“. Dakle, za nju je identifikacija sa trudnoćom razlog za to da joj nova saznanja ili iskustva u vezi sa trudnoćom budu izuzetno važna i da ih emotivno doživljava, bez obzira na poreklo tih iskustava. Ovaj odgovor nam ukazuje na moguću povezanost između medicinske tehnologije i onoga što ona pruža i vezanosti i identifikacije žena sa njihovim novim stanjem. Čini mi se da ima smisla pretpostaviti da je ta povezanost dvosmerna – što je žena više identifikovana sa trudnoćom (i što joj je ona značajnija), intenzivnije će reagovati na preglede i nove informacije koje joj tehnologija omogućava, a ove nove informacije će povratno povećavati vezanost i davati realnost trudnoći i fetusu koji se razvija u njenom stomaku. Ovoj temi će biti posvećen naredni odeljak, a u sledećem poglavlju ćemo se posvetiti tome kako se ženino otelovljeno iskustvo bebe upliće u ovu interakciju i kako beba tokom trudnoće za ženu postaje sve određeniji i autonomniji akter kroz splet otelovljenih i tehnoloških znakova o njenom prisustvu.

Uloga ultrazvuka u identifikovanju sa trudnoćom

Mnogim ženama mogućnost da vide bebu na ultrazvuku tokom prvih meseci, pre nego što se jave karakteristični aspekti otelovljenog trudničkog iskustva poput rasta stomaka ili doživljaja pokreta bebe, pomaže da na neki način „osveste trudnoću“ tj. da je učine realnošću za sebe.

„Tako da taj prvi ultrazvuk je bio čudan. Mislim onako smešno. U stvari tad sam bila, iole svesti nisam imala. Mislim ja sam i dalje u trenucima nesvesna, iskreno, i mislim da ću dok se ne porodim biti bar na trenutke nesvesna da sam trudna. Mada meni... ja sam tu prva od drugarica i drugara i njima je čudno, kao ne mogu da veruju, vidim ti stomak ali ne mogu da verujem da si trudna. Pa mi je to onako neku malu svest omogućilo da imam, vidim da je to beba, znaš.“ (Sofija)

To takođe služi kao podsticaj da se svakodnevni život i praktično postupanje organizuju u skladu sa osnovnim principom kojim se većina žena u trudnoći rukovodi – staranje o nerođenoj bebi i njenoj dobrobiti.

*„Ja sam prilično kasno otišla prvi put kod lekara. Sa nekih tri i po meseca, bogami. I sećam se kao, doktorka kaže ajmo ultrazvuk, pošto je 100% trudnoća i sve to. I ona onako gleda i sad priča stručno sestri i ona zapisuje. I kaže ajde Mirjana okreni se da vidiš. I ja se okrećem i ono ovako imaš, vidiš ovako bebica, znači minijaturno sve. Vidiš mu kičmicu i sve. E tad ono, taj osećaj... to je moje dete. E onda znači sve radiš samo da što bolje ga zaštitiš. **E tad se javlja taj nagon da moraš da se paziš. Da moraš da se boriš. Da ne znam ni ja šta treba da uradiš, jer ti u sebi nosiš još jedan život. Nisi samo sam.**“ (Mirjana)*

Mirjana kaže da je znala da je trudna, da je bila „svesna toga“, ali da je to veoma intimno doživela prvi put kada je na ultrazvuku videla bebu. Za ovu sagovornicu ultrazvuk je odigrao veliku ulogu kad je reč o ranoj identifikaciji sa trudnoćom i staranju o svom telu i svom ponašanju. Tada je došlo do neposrednog uvida u to da više nisu samo njeno zdravlje i njeno telo u pitanju, već da tu postoji još jedno biće za koje je ona odgovorna. Ovo je imalo i jednu sasvim konkretnu praktičnu posledicu – Mirjana je skoro u potpunosti prestala da puši nakon tog ultrazvuka. Ipak, na osnovu toga što je ultrazvuk odigrao važnu ulogu za Mirjanu u ovom *ranom* periodu trudnoće, ne treba prerano zaključiti da je medicinska tehnologija bila presudna za njenu identifikaciju sa trudnoćom i za proces vezivanja za bebu, jer ona navodi iskustvo pokreta kao odlučujuće za to da fetus doživi kao „svoju bebu“ i da trudnoća za nju zaista postane realna. Na ovaj slučaj vratiću se u narednom poglavlju.

Treba uzeti u obzir da to koliku ulogu će tehnološka sredstva imati u identifikaciji sa trudnoćom zavisi od očekivanja koje žena ima i njenih prethodnih iskustava. Tanja sasvim drugačije reaguje na ultrazvuk koji potvrđuje trudnoću nego ostale sagovornice, jer je kod nje neizvesni status trudnoće prisutniji nego kod bilo koje od njih. Pošto je tri puta izgubila plod između drugog i trećeg meseca, a pritom je veoma svesna svih rizika kojima je njena trudnoća izložena (njene godine, autoimuni sindrom, problem sa hormonima), to što može da se vidi na ultrazvuku je za nju tek najava onoga što će, ukoliko sve bude u redu, jednog dana biti njena beba. To je više nešto što je podseća na to „koliki joj put još predstoji“, nego konačna potvrda nekog uspeha ili dostignuti cilj.

„Sačekala sam da prođe tri nedelje od tog embrio transfera i onda sam otišla na ultrazvuk. To je onda nešto toliko malo, mislim može da se konstantuje trudnoća ali ono nema još ni srčane radnje, sve je to još jako malo. I na toj sličici sa ultrazvuka se prosto ništa ne vidi. Nešto kao belo u sredini a sve ostalo crno. I onda kao sad to ti je moje dete. Pogotovo kad znaš koliki ti put još predstoji i šta te sve čeka. I recimo pošto ja sam prošla više puta i recimo imala sam te neke trudnoće, makar su bile kratkotrajne, bile kratkog veka, ali opet znaš da je to sad tek onaj prvi, prvi korak... Kao ono kad dete počne da hoda, pa se mi svi obradujemo, kad vidimo da je on napravio prvi korak. A dok on prohoda i dok stane na svoje noge, treba da prođe još koliko vremena i koliko truda. I onda kad si toga svestan, ne smeš ni da se puno tome raduješ.“ (Tanja)

To koliko identifikacija sa trudnoćom može da bude kompleksan i neizvestan proces, Tanjino iskustvo veoma dobro pokazuje. Značajno je uočiti da nije samo stvar u tome da medicinska tehnologija ne može da omogući vezivanje za plod i doživljaj realnosti trudnoće, već i da otelovljeno iskustvo nosi sa sobom mnoge neizvesnosti. Takođe, ovo ambivalentno iskustvo ni samo nije neposredno – ono se oslanja na medicinske informacije koje propisuju normativni kontekst za javljanje telesnih senzacija, što je tema na koju ću se detaljno vratiti u narednom poglavlju.

*„To je bilo negde ja mislim dvanaesta-trinaesta nedelja. Kad sam radila taj double test. (...) Tad sam prvi put videla da to malo, eto da kažem, liči na čoveka. Nešto se tu bilo formiralo, sad više ne mogu da se setim šta, od tih organa. Mada sve ti je to tako čudno. Ne znam još uvek ti je to sve nešto...ne znam kako bih opisala. Znaš ti da si u drugom stanju, znaš da je tvoja beba i sve ali sve je to još, barem je meni tako delovalo, nestvarno po malo. I nisam tu, postoji i tu neka emotivna veza i sve, tipa voliš ti to dete, ali **prosto mi je to sve izgledalo kao da se to dešava nekom drugom**. E onda kad osetiš prvi put pokrete, e onda nisi siguran za te pokrete. Pošto preko SMS-a dobijam poruke od grada Beograda⁷⁰, pošto oni šalju te porukice. Onda sam otprilike ono znala kad bi trebalo da se osete ti pokreti i kako bi to trebalo da izgleda, ali to nisi siguran. Nisi siguran da li te to creva rade ili ti to stvarno nešto osećaš ili ti to umišljaš.“ (Tanja)*

Mnoge žene, ipak, ističu značaj medicinske tehnologije za rano prilagođavanje na trudnoću i vezivanje za nju. Teodora smatra da bi bez dijagnostičkih tehnika ženi bilo teško

⁷⁰ Reč je o SMS beogradskom servisu „Beba dolazi“ (<http://www.beograd.rs/cms/view.php?id=1483661>, pristupljeno 23. 5. 2013.) koji trudnim ženama nedeljno šalje koji su uobičajeni simptomi za tu nedelju trudnoće, tj. šta je ono što treba da očekuju kad je reč o telesnom iskustvu, kao i koje preglede je potrebno obaviti tj. pomaže im da budu upućene i da zauzmu aktivnu ulogu u medicinskom praćenju sopstvenog stanja.

da se uopšte oseti trudnom i da promeni svoje ponašanje na taj način da održava i štiti svoje novo stanje („počneš da razmišljaš, da vodiš više računa, paziš na sebe“). Ipak, osim tog aspekta „majčinskog instinkta“ koji je izazvan samom mogućnošću da se pouzdano potvrdi trudnoća i da se vidi beba, koji za posledicu ima promenu ponašanja i staranje o sebi, za razvijanje neke dublje povezanosti sa bebom i identifikaciju sa ulogom majke kao da tehnološko znanje i iskustvo nije dovoljno. Teodora ističe da ona svoju bebu ne poznaje, iako može da je vidi. Kao način prvog upoznavanja ona opisuje otelovljeni doživljaj aktivnosti bebe.

*„Ja sam se psihički pripremila da sam ja trudna i ja to znam više u svojoj glavi da sam ja trudna, nego što ja fizički osećam na bilo koji način. I onda kad vidim tu tačkicu ili taj neki, prosto nekako vizualizuješ to, to nešto što imam u svojoj glavi. Inače ja nemam apsolutno, što ono kažu da smo u XIX veku i da nemam test i da nema da mi da neko analizu, možda ne bih ni... eto **pretpostavljala** bih da sam u drugom stanju ali ne bih nikako drugačije to **videla**. Ovako nekako počneš da razmišljaš, da vodiš više računa, paziš na sebe. Ali taj trenutak kada vidiš na ultrazvuku... tu je i dobro je i otprilike to je to. I to je neki osećaj na koji se ja.. Meni se završava sve to gde ja gledam sličkice posle sama kući i onda da vidim je l' to sve sada kako treba, tako da najviše se na tome zadržavam. Nego sad taj majčinski instinkt da proradi i da ja opet nešto.. Ne, to stvarno nisam imala. ... Prosto eto znam da je tu, pa eto vodim računa, to mi je bitno. Ali bukvalno stvarno da nije, da nije te dijagnostike ja ne bih mogla, ne bih imala načina da podstaknem taj majčinski instinkt, prosto. Generalno to je ono što su mi i mama i moja snaja pričale, praktično nije im nikad bilo jasno, kako to sada da žene u trudnoći već mogu da vole svoju bebu u stomaku...kako mogu da stvore sad taj osećaj? I mojoj mami i mojoj snaji i jedna i druga pričaju istu priču da je to nešto što se dogodi onog trenutka kad se dete rodi i da posle toga samo raste. I taj instinkt se u stvari tada javlja. (...) Tako da ni ja nisam imala, ja imam više lepo osećanje u smislu da ću postati mama nego što sad imam ideju o tome ja sad moje dete volim najviše na svetu. **Ja ne znam moje dete, ja ga ne poznajem**. I dok ga ne upoznam, mislim dobro voleću ga sigurno kakvo god da je. Ali ja taj osećaj zaista, ja ga nemam. Tako da ne znam sad ono... nije mi naprosto **osim tih pokreta koji me povezuju sa njom**, koji eto ona me gurne pa ja sad znam aha eto je, tu je. Jednostavno **to su ti neki prvi znaci gde se nas dve upoznajemo** i to je ajde **nešto što me vezuje za nju**. Ali **da je ona mirna** potpuno u stomaku, ja bih se, znači **osećala bih se prema svom stomaku kao da sam se ugojila**.“ (Teodora)*

Deluje da dijagnostičke tehnike dovode do lakšeg „kognitivnog“ usvajanja trudnoće i do regulisanja ponašanja – žene paze na sebe, staraju se o svom zdravlju i time o zdravlju

bebe, ali da to ne dovodi do neke intimne i suštinske identifikacije sa trudnoćom i budućom ulogom majke i vezivanja za bebu. U tom procesu veću ulogu igra otelovljeno iskustvo – žene vide bebu na ultrazvuku, ali sa njom se *upoznaju* zapravo preko doživljaja njenih pokreta i otelovljenog prepoznavanja interakcije i ritmova bebe. Teodora čak smatra da je osećaj pokreta bebe tako važan da bez njega svoj stomak doživljavala „kao da se ugojila“. Prema slici bebe na ultrazvuku kod nekih žena postoji samo spoljašnji i distancirani odnos, koji je u potpunosti određen time što se sve odvija u medicinskom kontekstu i zato su pitanja zdravstvenog stanja i potencijalnih anomalija u prvom planu – Teodora i nakon pregleda gleda slike kako bi proverila da li je tu sve kako treba. Usmerenost pre svega na zdravstveno stanje bebe, a ne na njen izgled, karakteristično je za iskustvo ultrazvuka kod svih sagovornica i na to ću se vratiti kasnije.

Ima žena koje u tolikoj meri privileguju svoje otelovljeno iskustvo trudnoće i bebe da im ono što pruža ultrazvuk nije značajno ni u najranijem periodu trudnoće kada imaju veoma ograničeno alternativno iskustvo trudnoće. Njima identifikaciju sa trudnoćom omogućava tek otelovljeno iskustvo.

U jednom od kasnijih poglavlja biće reči o Sonjinoj frustraciji na početku trudnoće izazvanu time što nema nikakve specifične telesne simptome. Ona se zbog toga ne *oseća* trudno, ali njen status trudnice – koji je posledica toga što i ona i drugi *znaju* da je trudna – podrazumeva da ona treba da se odrekne raznih stvari (pića, marihuane, lekova, fizičke aktivnosti). Zbog nemogućnosti da se u dovoljnoj meri identifikuje sa svojim stanjem ona ovaj zahtev doživljavala kao spoljašnji.

„I motivacija za čitavu apstinenciju ide u prvom tom momentu ideje da si trudan i još ako si primao injekcije i sve to⁷¹, onda si u fazonu taman posla da ja pijem. E a onda u jednom momentu popušta ta cela priča (krvarenje), svi kontaju da sam trudna, ništa se meni ne vidi, tandara mandara. I ovo dete se još ne pomera, ništa ja ne osećam. I počinjem da pizdim. Kako sam ja sad trudna, je l' mene neko zajebava? Ovde ja ništa, ove bacaju pegle, kukaju, ja nemam ništa. A ne mogu da pijem, dođavola. Samo minusi, nemam plus. Kad ću ja da dobijem nešto od ovoga. Međutim meni jako rano je počela da mrda beba, što me baš iznenadilo...“ (Sonja)

⁷¹ U odeljku koji se bavio neizvesnim statusom trudnoće bilo je reči o tome da je Sonja imala krvarenje i da je primala progesteron kako bi se trudnoća održala.

Ono što je Sonji omogućilo identifikaciju sa trudnoćom su telesni simptomi, rast stomaka i doživljaj pokreta bebe, a ne medicinska potvrda ili tehnološki posredovano znanje o njoj.

„B: Kako si se osećala kada si prvi put videla bebu na ultrazvuku?

S: Pa na momente sam mislila da me lažu. Svačega se odričeš, mislim nisu to big dil neke stvari ali... i kao svi te nešto tretiraju drugačije, a ti si isti. I treba da bude drugačije, a ja ne znam kako da se postavim. Šta sad? Ne treba da dižem stvari, šta? I svi okolo me nagovaraju da legnem. Neću da legnem. Šta ćemo sada? I onda sam ja neodgovorna, ja ću moje dete da ubijem. Mislim, kapiraš... Tako da više mi je značilo kad sam počela da se gojim. Mnogo više. I kad je počelo da se mrda.“ (Sonja)

Dakle, Sonji je teško da se „ponaša kao trudnica“ kada se ne „oseća kao trudnica“. Ona oseća disproporciju između toga što je drugi tretiraju drugačije i očekuju da se ona ponaša u skladu sa tim, a ona nema intimni doživljaj te promene – „a ti si isti“. Dok trudnoća ne postane realnost za nju na osnovu otelovljenog iskustva promenu svojih navika i odricanje doživljava kao posledicu socijalnog pritiska.

Anđela se, takođe, identifikovala sa trudnoćom pre svega na osnovu promene svog tela i na osnovu oglašavanja bebe.

„Pa meni taj ultrazvuk nije bio ništa posebno. U suštini ja nisam ni doživljala trudnoću dok nije počeo da raste stomak. Pošto smo isto krenuli sajtove, Bebac, pa forumi, komentari... i kao moj anđeo i ... Ja stvarno nikakav osećaj nisam imala da sam trudna, pogotovo da mi niko nije rekao, pogotovo kad su prošle te mučnine, najnormalnije se osećaš samo si kao trudan. I ja nisam imala taj osećaj, da kažeš proradio majčinski instinkt. Ne. Meni je bilo skroz... baš, baš, ništa nisam imala. Nama je bilo na početku čudno i prvo smo zaboravili, svi zaboravili da sam trudna. Nismo to od početka kao da nam se sad nešto promenilo. ... Počne da se menja kad počne stomak, meni kad je počeo stomak da raste, onda sam nekako postala svesna i kad su krenuli pokreti.“ (Anđela)

Dakle, kod Anđele medicinska tehnologija nije doprinela realnosti trudnoće niti je kod nje formirala neku predstavu bebe. Ipak, treba uzetu u obzir sledeće – Anđela je ultrazvučne preglede obavljala u državnoj klinici i nijednom nije imala priliku da posmatra monitor, niti je dobila UZ slike bebe. Žene koje „vode“ trudnoću u državnoj praksi u Srbiji najčešće nemaju priliku da posmatraju bebu na monitoru i to ih stavlja u veoma različitu situaciju u odnosu na trudne žene u drugim razvijenim zemljama. Ova činjenica može

makar delimično da objasni specifičnost nalaza u ovom istraživanju koji su u neskladu sa mnogim izveštajima iz drugih institucionalnih okvira.

Kako će se za ženu pojaviti ultrazvučni pregled i kakve efekte će imati po to kako one doživljavaju trudnoću, svoje telo i bebu koju nose, zavisi od specifičnih očekivanja koje one gaje i vrste i oblika informacija koje na pregledu dobijaju, što je svakako povezano sa specifičnim institucionalnim kontekstom u kome se žene sa tehnologijom sreću. Ovoj temi biće posvećen naredni deo analize.

Da li je UZ uopšte za ženu?: Uloga lekara kao posrednika između žene i tehnologije

Jedna zabluda koju podržava većina istraživanja o ulozi ultrazvučne tehnologije u iskustvu trudnoće jeste to da ultrazvuk pruža nešto što je ženama neposredno razumljivo ili relevantno. Osnovno pitanje koje se u tim radovima postavlja jeste kakva je uloga te slike i kako žene i njihovi partneri reaguju na nju (Draper, 2002; Sandelowski & Black, 1994). Time se zanemaruje nešto što je bilo veoma prisutno u izveštajima sagovornica u ovom istraživanju – da bi ultrazvuk uopšte postao nešto *za ženu*, potreban je proces sticanja iskustva, izgradnje kompetencija i usvajanja normativnih standarda na osnovu kojih nejasni obrisi na ekranu i nerazumljive oznake i brojevi u lekarskom izveštaju uopšte mogu da za ženu predstavljaju relevantne podatke o bebi.

„Sve mi je to ok, ali realno to su mali vanzemaljci, ti tu ništa ne vidiš.“ (Jasna)

„Jaoj pa čudno je izgledalo, sve mi je bilo, ne znam on ti pokazuje.. I prvi i drugi i treći i četvrti mi je...ništa ja ne vidim tu, zato što se preterano trudim da vidim i onda se tu pogubim... I bilo mi je mnogo čudno. I onako smo gledali onu sliku... kako sad to tu? Pliva beba već. Sve to nekako... ja sam očekivala tačku. ... I ovaj čudno, ne znam, nemam pojma.“ (Sofija)

Ono što žene vide na ekranu često im deluje „čudno“ i ne odgovara njihovim očekivanjima ili uopšte nisu sigurne šta treba da gledaju i kako da tumače nejasne obrise. Zbog toga se dešava da sasvim pogrešno interpretiraju sliku koju dobiju.

„Pokazaću ti tu sliku, ja sam mislim tripovala da je... Da, mi smo ga nazvali Smoki. Ovo smo mi zvali Smoki jer smo mislili da je sve ovo beba. A u stvari beba je bukvalno ova bela mrljica, je l' vidiš ovo odavde dovde. Pet, šest milimetra je to.“ (Sonja)

Mnoge žene prepoznaju koliko je uloga lekara na ultrazvučnom pregledu značajna i da zapravo on treba da odigra ulogu posrednika između žene i tehnologije.

„Znači ja kad odem na taj ultrazvuk, ja ništa ne vidim. Mislim ništa, kapiram neke stvari. ... Vidiš tufnu, znači to vidiš tufnu. Pa da, znači ne vidiš ništa. A! To je dete! Dobro. Može da bude strano telo, mislim isto mi je. Nisam doktor, nekako ti to dolazi kao ok. Njima veruješ. Kako se oni postavljaju, odnosno kako oni pričaju priču, tako ti veruješ ili ne veruješ. (...) Šta oni tek tu vide, to mi tek nije jasno. I kako mogu da vide da nešto nije dobro ili jeste. Ali mogu. Mislim to se uči.“ (Ivana)

Ivana je potpuno svesna da su za to da ona bilo šta relevantno uspe da vidi na ultrazvuku, potrebni određeni preduslovi i da „gledanje bebe“ nije nešto što se odvija tek tako. Pre svega, potrebno je da žena ima neko iskustvo i znanje o tome šta treba da gleda i kako da to prepozna. Pored toga, potrebno je da lekar želi da objasni i da uputi ženu u ono što gleda. Na kraju, potrebni su određeni tehnički preduslovi – dovoljno dobar UZ monitor na kome će nešto moći da razazna i osoba koja nije lekar i nema njegove kompetencije.

„Na osnovu ultrazvuka i te neke vizualizacije, tako ti sad zamišljaš, tako mali Perica zamišlja. Pošto i to s ultrazvukom mislim... Oni drljaju onu kameru i kao vidi lepo nešto, ovo, ono. Ne vidim ništa tu. Nego ti treba iskustvo neko i možda i bolji ultrazvuk da bi se slušao lekar i kao e to je to i da prepoznaješ sam šta vidiš. Mislim sad bila sam u sredu na ultrazvuku. Znači kosku vidiš, glavu vidiš, crne tufne su uglavnom bubrezi, želudac, bešika.“ (Ivana)

Dakle, čak i kada lekar, skoro isključivo u privatnoj praksi, ima volje i strpljenja da objasni ženi i pokaže joj šta treba da posmatra na ekranu i na koji način treba da ga interpretira, potrebno je ponovljeno iskustvo i uvežbavanje da ženi to postane transparentno.

„Uvek stoji ekran ka meni i on sve što gleda, čak i baš uže stručno, meni pokazuje prstom. Jako je čovek pažljiv. I stvarno ono svaki, svaku mrvicu ja ož šta je to, a to je to, to je ovo, sve je u redu. Običan ultrazvuk slabo se vidi i ne shvataš kad ti pokazuje, on mi pokazuje vidi glava ja ne vidim ništa. Ali sam uspela, negde tamo u petom, ja mislim, tad je video pol i tad mi je objasnio ovo je ovo, pogledaj. I ja dva-tri puta nisam uspela da vidim, iz četvrtog sam uspela i videla sam obrise i videla sam glavu, videla sam polni organ, devojčica je.“ (Saška)

I pored toga što većina žena koja ima priliku da vidi sliku na monitoru i da dobije neko objašnjenje počne da prepozna ono što je relevantno, sve se slažu u tome da je

najvažnije ono „što lekar vidi“ kako bi mogao da im „kaže da je sve u redu“.

„Uvek mi pokaže. I mogu slobodna sam da ga pitam, ali jednostavno meni je najbitnije da to što on vidi da je zadovoljan, da kaže da je sve u redu. (...) On se jednostavno od početka tako postavio da objašnjava šta je šta, iako se u početku ništa nije ni videlo. On prvo pogleda. Ja ćutim, ne volim sada da ja njega kao nešto ispitujem, on to gleda, premerava, šta već radi. Ali kad završi on obavezno kaže evo ovo je srce, vidi se ne znam ruka, ne znam zavisi kako je okrenuta kičma. (...) Kad je beba manja bolje se vidi, sad kad je velika beba dok razaznam šta je, dok mi on ne kaže ja nisam najsigurnija koji je to deo tela. (...) Nije baš najjasnije, mislim bitno mi je da mi on kaže da je sve u redu.“ (Tamara)

Dakle, ženama direktan kontakt sa ultrazvučnom slikom nije dovoljno informativan. One nemaju interpretativni okvir za tumačenje podataka koje tehnologija pruža i zato lekar treba da se pojavi kao tumač i posrednik. I to posrednik od koga će se, u zavisnosti od okolnosti, očekivati različit tip i opseg informacija. Nemaju sve vrste i obimi tehnološki posredovanog znanja jednaku ulogu u iskustvu trudnih žena i u sledećem odeljku ovo pitanje biće detaljnije razmotreno.

Kakvo tehnološki posredovano iskustvo je značajno za ženu?

Ono što je za žene najrelevantnije prilikom odlaska na pregled u medicinsku ustanovu jeste to da dobiju potvrdu da je „sve u redu“. Žene primarno razmišljaju u terminima zdravstvenog stanja bebe kada odlaze na ultrazvučni pregled – zadovoljenje njihove znatiželje, dobijanje nekih nemedicinskih informacija ili jednostavno mogućnost da vide bebu sasvim je sekundarna stvar. Na primer, Teodora ističe koliko joj je saznanje pola na ultrazvuku bio irelevantan podatak i kako je sve fokusirano na dobijanje informacije o stanju bebe.

„Ja se uvek zadržavam na tim pregledima... ni ja ni suprug u stvari nismo u fazonu samo nek je muško ili samo nek je žensko. Ma ne, to me nije interesovalo. To je poslednja stvar koju sam pitala na tim pregledima i to kad su me naterali, pa daj je l' nosiš muško ili žensko dete. Tako da uvek se negde koncentrišem, odem na taj pregled i onako čekam da mi samo kažu da je sve dobro.“ (Teodora)

Takođe, ultrazvučni pregled se ne interpretira kao mogućnost da se vidi beba tj. da žena o njoj stekne neke nemedicinske informacije. Koliko je ovakav odnos žena prema

ultrazvuku dominantan, najbolje pokazuju delovi njihovih narativa koji se odnose na 4D ultrazvučnu tehnologiju. 4D ultrazvuk je relativno nova tehnologija koja omogućava da se dobije 3D slika fetusa i to u realnom vremenu⁷². Ova tehnologija se najčešće opaža i od strane trudnih žena i od strane lekara kao nešto što pre svega omogućava budućim roditeljima da vide bebu. Na sajtu jedne privatne klinike 4D UZ pregled reklamira se sledećim rečima: „Gledajući Vašu bebu kako se češka, smeje, plače, zeva ili ljuti, i Vi i budući otac već u trudnoći ostvarujete prisan kontakt sa njom.”⁷³ Iako na sajtovima privatnih klinika redovno mogu da se pronađu i informacije o tome da je ovo najdetaljniji, a time i najpouzdaniji ultrazvuk koji ima velike dijagnostičke mogućnosti, referentni akušerski udžbenik William’s Obstetrics na osnovu pregleda brojnih empirijskih istraživanja zaključuje da nema dovoljno dokaza da 3D/4D ultrazvuk ima značajne dijagnostičke prednosti nad “običnim” tj. 2D ultrazvukom, što je i zvanični stav Američkog koledža za ginekologiju i akušerstvo (Cunningham, 2010: 361). U srpskom kontekstu, 4D ultrazvuk lekari po pravilu preporučuju ženama kao opcionu analizu i on se obavlja u privatnim ordinacijama. Neke žene, poput Ivane, ne odu na ovaj pregled, ukoliko ne postoje medicinske indikacija za to. Iako je svesna da na tom ultrazvuku može da vidi najjasniju sliku na ekranu (tada fetus „baš liči na dete“), gledanje bebe se ne prepoznaje kao dovoljan razlog. Na osnovu toga deluje da Ivana ovu medicinsku tehnologiju pre svega tretira kao dijagnostičko sredstvo, a ne kao potencijalan izvor takvih informacija o bebi koje su budućim roditeljima nedostupne na drugačiji način, i ovakav stav je čest među ženama.

„Onaj baš 4D ili kako već, koliko D, onako kad je žuta slika da liči na, znači baš liči na dete. Ali fala bogu sve je bilo u redu i sa ovom i sa prvom trudnoćom te nisam imala potrebe za tim stvarima. A to nema u Domu zdravlja, to moraš da platiš i zakazuješ i... ma zaboravi. Znači da je bilo nešto problematično... onda ok.“ (Ivana)

Sonja je, nakon što joj je lekar preporučio pregled, otišla na 4D ultrazvuk u privatnu ordinaciju, ali tek pošto je preispitala njegovu opravdanost i od lekara tražila da joj navede medicinske razloge. Ipak, iz njenog narativa je očigledno i to da je ženama teško da odbiju

⁷² Otud i ime, jer se vreme uzima kao četvrta dimenzija. Ono što se dobija je zapravo kratki film sa 3D slikom fetusa.

⁷³ Preuzeto sa <http://www.analife.rs/menu/1791/ekspertski-4d-ultrazvuk-od-20-24-nedelje-trudnoce/> (pristupljeno 16. 5. 2014.).

preglede koji su im preporučeni, jer se ne osećaju spremno da preuzmu odgovornost za svoj potencijalno pogrešan izbor. One se po prvi put nalaze u situaciji da nisu odgovorne samo za sebe, već i za neko drugo biće, a pritom ne osećaju da imaju dovoljno informacija na osnovu kojih bi mogle pouzdano da procene potrebu za nekim pregledima i intervencijama.

„I onda sam pitala, dobro ajde zašto se to radi? To je jedan i to se tačno u dvadesetoj nedelji, nekoj dvadeset i prvoj-drugoj, kao tad beba ima sve razvijeno, biće u malom. E posle ona raste. I da se vidi da je sve kako treba. ... Jer 4D nije poenta da ti vidiš kako ti beba izgleda, nego da ti oni vide je l' to ima sve prste, sve to i najmanje. ... I ja sam rekla 'je li to jedini 4D koji ćemo raditi?' On je rekao 'jeste'. Pošto te furaju dva-tri puta da radiš to neki doktori. ... A ti opet kao i za onaj dabl test ne znaš je l' to moraš ili ne moraš i koja je priča i da li ti možeš da uzmeš odgovornost na sebe da ti izbegneš celu priču. Ne daj bože sutra da se nešto desi, da se ceo život zakucavaš. I odlučim da dam 50 evra više.“
(Sonja)

Čak i pošto je naknadno saznala da je ovaj pregled možda bio izlišan (tj. da je bilo moguće uraditi ekspertski ultrazvuk u državnoj ustanovi, samo na 2D aparatu), Sonja ipak pronalazi razlog koji može da ga opravda i on je ponovo medicinske prirode – ne tiče se mogućnosti da ona vidi bebu („to je najmanje bitno“), već mogućnosti da se proverí „da li je koža kao organ zdrava“.

„Može to da se uradi i u bolnici, posle sam čula. To se zove ekspertski ultrazvuk. Kao nije bitno da bude 4D. 4D je jedino, i dalje on crno belo izgleda, samo na momente on pali svetlo i snima kožu. I to da ti vidiš bebu. Ali gleda kožu s razlogom. Da vidi da li je koža kao organ zdrava, ne da ti vidiš kako ti beba izgleda. Zato što je to najmanje bitno. Tako da mi nije ni krivo što sam dala te pare stvarno.“
(Sonja)

Indikativno za odnos prema ultrazvuku je i to kako je Sonja doživela samu situaciju pregleda u privatnoj ordinaciji gde prepoznaje da je sve prilagođeno njoj i orijentisano na nju: ljubazno osoblje, prijatan položaj, podešen ekran na kome prati pregled, lekar koji želi sve da objasni. Iako su ovo sve okolnosti koje se podrazumevaju u drugim, zapadnim zemljama, kao i u privatnim klinikama kod nas, Sonji to ostavlja utisak da se odvija ne „stručni pregled“ nego „show program“. Dakle, ovoj sagovornici činjenica da je pregled prilagođen njoj implicira da se on odvija *zbog nje*, a ne *zbog bebe* i time dobija konotaciju nečeg neobaveznog i nemedicinskog. Verovatno je ovaj doživljaj takođe posledica

ponovljenih iskustava sa organizacijom pregleda u državnim institucijama (čime ću se detaljno baviti u narednom odeljku) zbog kojih žene počinju stručnost da izjednačavaju sa lekarom koji stiče znanje o njihovom telu ili vrši intervencije na njemu bez bilo kakvog uključivanja njihove subjektivnosti niti staranja o tome kako se one osećaju.

„I onda smo tu otišli. I sad su to bogznakako ljubazni, jer je to privatna klinika i tako nešto zvaničan doktor. I onda se on stvarno trudio i stvarno je namešteno sve tako da se tebi udovolji. Nemam utisak stručnog pregleda koliko imam utisak show programa. Znači on ima svoj monitor i gleda a ja imam fiksirani tv za plafon i gledam. Mislim da imaju i jastuk čak. Ili taj neko fazon, da je ono bilo dignuto da ja ne moram da se mnogo krivim, nego sam ovako gledala.“ (Sonja)

Čak i u slučajevima žena koje su odlučile da odu na 4D ultrazvuk kako bi videle kako će beba izgledati, detaljne medicinske informacije koje su relevantne za zdravstveno stanje bebe jesu ono što se pre svega pojavljuje kao relevantno u njihovim narativima. 4D ultrazvuk je često ujedno ekspertski pregled – što podrazumeva veoma detaljnu procenu svih organa bebe, čak i nekih karakteristika organizma majke. S obzirom na to da je mnoštvo informacija tada kombinovano sa znatno jasnijom i realističnijom slikom nego na običnom 2D ultrazvuku to ženi ostavlja utisak da je tako moguće otkriti i najsitniji problem. Ovo, sa jedne strane, može indukovati anksioznost i strah od toga da se ne otkrije nešto loše što je do tada lekarima promaklo („Znači toliko do nekih detalja se ide. Bukvalno se traži ne daj bože neka anomalija.“). Sa druge strane, odsustvo negativnih nalaza na tako detaljnom pregledu ima potencijal i da ženu razreši anksioznosti i ulije joj sigurnost u pogledu zdravstvenog stanja bebe.

„Išli smo u decembru na onaj 4D ultrazvuk, ali ne zato što mi je potreban. Nego eto iz čiste radoznalosti hoću da vidim kako to izgleda. I doktor stvarno na tom ekspertskom ultrazvuku gledao je sve živo. I tad sam shvatila koliko to nije običan ultrazvuk, nego od prebrojavanja prstića na nogama, rukama, do najsitnijeg kapilara u glavi i srcu. Ne znam kolika je butna kost, da vidimo kičmeni stub, da vidimo poslednji onaj dole pršljen pa da vidimo usnu da nije zečija. Znači toliko do nekih detalja se ide. Bukvalno se traži ne daj bože neka anomalija. E to je otprilike ono što kažu, mislim stvarno, taj pregled bih preporučila svakome, bez obzira da li treba ili ne. Treba da ode i da vidi i da bude siguran. Tad prvi put vidiš svoje dete i toliko se neka opsežna analiza uradi. I onda izađeš odande i znaš da ti je dete kompletno, ono što kažu. To mnogo, mnogo znači. I osim deteta oni ti sami rade i pregled mojih arterija, nekih vena koje su bitne. Da li sad što se tiče krvnog pritiska i sve. I onda negde se

odradi da ste to komplementno zdravi. Ipak to ne može samo običnim analizama da se uradi. Oni to nekako zdravstveno stanje i bebe i mame. I onda stvarno izađem odande ... hu (uzvik olakšanja), kao to je to, sad sam mirna.“ (Teodora)

Na osnovu Teodorinog narativa možda bismo mogli da zaključimo da što je veći broj medicinskih informacija i što su one detaljnije, to je trudna žena smirenija i uverenija da je sa njenom bebom sve u redu. Međutim, ovaj zaključak bio bi pogrešan u najvećem broju slučajeva. Kada se trudnoća odvija uobičajeno, bez nekih problema ili negativnih simptoma, obimno i detaljno medicinsko znanje će pre uneti neizvesnost nego što će je umanjiti i zato većina žena želi samo da dobije jednostavnu potvrdu da je „sve u redu“. Reprezentativna je Sonjina reakcija na detaljne informacije koje joj je pružio lekar na 4D pregledu u privatnoj ordinaciji:

„Šta mi nabraja tu? Sad ću da se naložim što si mi nabrojao tri latinske neke gluposti. Meni je dovoljno samo valja, ne valja da mi kaže, ne treba da se trudi. Meni valja ne valja radi posao.“ (Sonja)

Teodora takođe uobičajeno ne pokazuje neko interesovanje za detalje medicinskih analiza i dovoljna joj je potvrda lekara o dobrom stanju bebe.

„Dobije se onako prilično jedna debela analiza (nakon dabl testa), na jedno tri-četiri strane, ako ne i više, u kojoj sve i svašta piše. Sad ja naravno to ne mogu da rastumačim. Ali ono što sam kad sam došla kasnije, da uzmem rezultate, doktorka me primila, koja mi je rekla da je sve u redu i sve kako treba. I to mi je bilo dovoljno.“ (Teodora)

Žene su po pravilu veoma nezadovoljne kada im lekari ništa ne govore i kada ne dobijaju informacije o svom i bebinom stanju, ali deluje da one ne traže i ne očekuju neke detaljne ili opširne informacije, već samo potvrdu autoriteta da je sa njima sve u redu. Jedan razlog je verovatno to što one nemaju izgrađene interpretativne matrice u koje mogu da asimiluju informacije i da procene njihovo značenje i relativnu važnost, pa detaljno medicinsko znanje koje im nije sasvim transparentno pre ima potencijal da indukuje ili poveća neizvesnost nego da je umanjiti.

„Znači te mere sa ultrazvuka, to su neki mini brojevi, 1,6 ne znam čega. Ne znam šta mere. Ali to ne da me ne interesuje. Zato što ću naći nešto i onda ću da ishisterišem. Meni samo da kaže je l' to dobro. Mislim ako sam štreber za sve ostalo, za ovo sam baš... Daj mi one kategorije zlo i dobro, najprostije.“ (Sonja)

„E sad meni suštinski ne bi značilo ni da mi je lekar rekao obim glave je toliki, meni to ne bi značilo ništa. Ali ono u fazonu sve je ok. Eto na kraju sam ja takav utisak stekla, jer sam ja mirna izašla iz njegove ordinacije. Tako da to je to. Otkucaji srca kako treba, sve kako treba i onda je meni to bilo dovoljno. Sad, da mi je u detalje pričao ko zna šta bih istripovala...“ (Teodora)

U ovim situacijama gde se samo očekuje potvrda da je sve dobro, po pravilu sama žena ne prolazi kroz period neizvesnosti koji tehnologija treba da razreši, već ta neizvesnost može da bude indukovana samim pregledom. Dakle, medicina je ta koja eventualno unosi anksioznost i žene ne osećaju potrebu za više medicine – npr. detaljnijim informacijama ili sofisticiranijim dijagnostičkim tehnikama, jer deluje da će to samo doneti još više anksioznosti (kako Sonja kaže „naći ću nešto i onda ću da ishisterišem“). Ipak, ukoliko je početna situacija drugačija – na primer kada postoji sumnja na neki problem ili su se javili negativni simptomi – detaljne informacije su dobrodošle i tek one mogu da oslobode žene neizvesnosti. Problem nastaje onda kada žene ove informacije ne uspevaju da dobiju od lekara koji se, kako je već rečeno, po pravilu pojavljuju kao posrednici između žena i medicinske tehnologije. U osnovi ovog problema i nedostupnosti nekih medicinskih informacija onda kada su one ženama od suštinske važnosti leži specifična organizacija pregleda u državnim ustanovama i posledice koje to nosi za ženu kao subjekta.

Situirana tehnologija: otuđujuća konstelacija ultrazvučnog pregleda

Već je ranije spomenuto da bar deo nalaza o ulozi ultrazvuka u iskustvu trudnoće može da se objasni specifičnim okolnostima u kojima se žene u lokalnoj praksi susreću sa ultrazvučnom tehnologijom. Sve sagovornice koje su na ultrazvuk išle u državne medicinske ustanove, Dom zdravlja ili porodilište u okviru bolnice ili kliničkog centra, imaju saglasno i prilično negativno iskustvo koje se pre svega tiče odnosa medicinskog osoblja prema njima. Pregled je po pravilu organizovan na sledeći način: žena leži na krevetu golog stomaka i lekar preko njega prelazi UZ aparatom, posmatra ono što se projektuje na ekranu i diktira medicinskoj sestri nalaze. On se po pravilu ne obraća ženi i ništa joj ne objašnjava niti ima obzira prema tome što ona na njega može da čuje. Dakle, žene ni na koji način nisu uključene u ovaj pregled kao subjekti, samo su telesno tu. U situaciji se ne bi ništa promenilo da one na stolu leže bez svesti. U analizi ću pokušati da

ukažem na neke od posledica ovakve situacije.

Žena često ne razume mnoge stvari koje doktor izgovara dok diktira nalaze i ne zna kako da procenjuje ono što čuje, pa joj to unosi neizvesnost o tome da li je sve u redu. Uglavnom nema ni mogućnost da se detaljno raspita o onom što joj zvuči nepoznato ili zabrinjavajuće. Žena uglavnom čeka da lekar završi sa pregledom da bi mu uputila pitanje, jer ne želi da ga ometa, ali i tada ili ostane bez odgovora ili dobije neko veoma šturo objašnjenje.

„Oni apsolutno ni o čemu ne pričaju sa tobom. ... S tim što ne znam kako bi bilo da ideš privatno kod njih i da planiraš da imaš vezu, pa sad to bi neko veće vreme bilo posvećeno. Ali tamo je kao na traci. Tamo te pregledaju, tamo te čak ni ne čekaju da se izbrišeš, nego držim pored sebe papirne maramice, od gela, kad mi radi ultrazvuk. I to je to. Sve to mnogo brzo ide. I ja to i što pitam, to je uvek na sekundu, to je oblačenje, svlačenje, sledeći ulazi i to je to. ... Dižem se, brišem, to njoj dajem, ona već zapisuje, oni ti daju onaj izveštaj da ti odneseš to i da ti izađeš. Nemaš ti vremena da: 'E, doktorica, da Vas pitam...'. Da, ona dok radi ja se opet trudim da je ne pitam, ona gleda ultrazvuk, nek ona vidi šta treba, za ta tri minuta dok ja ležim tu.“ (Anđela)

Pored toga, monitor po pravilu nije okrenut prema ženi, pa ona čak ne može ni da vidi šta doktor prati na ekranu tj. o kom delu njihove unutrašnjosti govori. Često su neke druge osobe u prilici da vide više od same žene čiji deo tela je projektovan na ekranu, koja se nekada samo usputno i kontigentno pojavljuje kao postmatrač (*„doktor je ovaj poslednji put pokazivao ustvari svojoj medicinskoj sestri pa je malo okrenuto bilo pa sam i ja uspela da vidim“, Teodora*).

„I baš mi je onako delovao brutalno u smislu... mislim ja kapiram da sam ja milionita trudnica koju pregledaju, ali ne znam... da nema ni malo neke ljudskosti, srčanosti, ne znam kako da ti objasnim. ... I bilo mi je grozno što ti lekar ništa ne priča. Ništa. Samo govori sestri neke stvari... Na tom ultrazvuku ja nisam videla monitor. A drugarica išla sa mnom. I vrata su, znači ovako je hodnik u kome sve mi čekamo, znači iz hodnika vrata, koja su otvorena. I ona je stala ovako iza da se šteka da gleda bebu, jer ne sme da uđe sa mnom. I ja koja izlazim i ona govori sve sam videla. Ali ja nisam ništa.“ (Sofija)

Konstelacija pregleda sa kojom je Sofija imala iskustvo donosi paradoksalan odnos javnosti i privatnosti. Sa jedne strane, zabranjeno je bilo kojoj osobi osim žene i

medicinskog osoblja da bude prisutna na pregledu⁷⁴, što ukazuje na situaciju privatnosti, a ujedno su otvorena vrata tako da bilo ko iz čekaonice može da vidi unutrašnjost ženinog stomaka, koja je istovremeno samoj ženi nedostupna.

Mogućnost da se informacije čuju, a nedostatak prilike da se one razjasne nekada vodi tome da medicinska tehnologija, zbog načina na koji se pojavljuje u praksi, uvećava i produbljuje nesigurnost i zabrinutost u vezi sa statusom trudnoće i zdravlje fetusa umesto da ih umanjuje.

„Na prvom ultrazvuku u Domu zdravlja, meni je lekar... mislim nije meni rekao nego ovoj kojoj diktira a diktira sve neke šifre ACGMLF. I kao cista žutog tela na desnom jajniku. I ja u šoku. Ali ništa to znaš, on je njoj rekao kao da je rekao 5 stepeni napolju. I ja sam onda uzela da guglam i skapirala da ne treba da guglam. U stvari je to nešto najnormalnije, odatle je valjda dete nastalo i izdvojilo se i hranilo se odatle dok nije šta već. Nemam pojma, nešto tako. Nije ništa strašno. ... A kako sam otišla nakon nepunih mesec dana na dabl test, ja sam samo njega pitala ... on je isto tako ovoj diktirao, i govori joj kontrakcije s prednje strane. Sad ja, razumeš, to meni nešto čudno zvuči. I on kako je završio ja kažem 'samo mi recite je li sve u redu?' I on kaže 'jeste'. Ja rekoh 'je l' ja imam neku cistu žutog tela na desnom jajniku?' On ovako gleda i kaže 'Ne. Imate na levom tu neku cistu, to nema veze sa životom.' Al bukvalno tako.“ (Sofija)

Sofijina zabrinutost zbog nerazumljivih informacija koje je dobila na pregledu (ili bi se pre moglo reći – koje je usputno čula) i njena naknadna reakcija su tipični za većinu sagovornica. Žene u ovakvoj situaciji traže dodatne izvore medicinskog znanja (pre svega na internetu, ali i u knjigama i konsultovanjem medicinskog radnika iz svog socijalnog okruženja), dodatnu tehnologiju (na primer, pregled na boljem UZ aparatu) ili dodatnu interpretaciju rezultata (potraže mišljenje drugog lekara).

„Mislim sad s ovim smo imali problem, kao doktorka je sestri rekla 'zašto su ove pleksije tu?' I sad ti slušaš rečenicu, a niti znaš šta su pleksije, niti zašto su tu, a vidiš da gleda glavu. I kao šta sad ne valja u mozgu? Ubiću sebe, nju, mislim ne znam već šta. Njeno objašnjenje nije bilo 'e, da ti kažem šta je' ili 'čekaj da ti pokažem'.. I ja kao dobro doktorka ali i dalje si ono... A to je najluđa fora, mislim doktorska fora da si ti glup. Znači sve što ti oni kažu, ti ne znaš. A onda kao, a šokira te bilo kojom izjavom da nije

⁷⁴ Ovo važi za mnoge državne ustanove, mada ima onih koje dozvoljavaju pristup pratnji, ali isključivo ženskog pola. To znači da sama organizacija i norme koje u medicinskim institucijama vladaju onemogućavaju budućim očevima da ikada dele iskustvo pregleda sa svojom partnerkom ili neposredno dobiju medicinske informacije o svojoj bebi.

sve u redu. Ja sam sad uspela da postavim jedno ili dva pitanja, ali onda sam ostala bez teksta. Jer kao 'na to ne mogu da ti kažem ništa, nego za tri nedelje'. 'Dobro doktorka šta to znači?' 'Pa kao ako se povuče dobro je, ako se ne povuče nije dobro.' I dolazim do kuće i kao možda nešto nije dobro. Pa sad na internet, pa jesam li ja pravu reč zapamtila. Pa onda kad ukucaš mozak, razvoj mozga, dolaziš do problema nekih, bolesti, ali nigde pleksija ne piše. Pa brate da li sam dobro, pa znaš pleksus pa da li je to, šta je ona videla. Pregledam ja neka dva-tri dana i onda e jesi li ti normalna... I onda odemo kod ovog drugog doktora privatno i kao ovde je sve normalno. Kao ne znam šta je ona videla ili nije videla. Kao normalno je da jedan bude u razvoju, dešava se da ne rastu paralelno, mislim da nisu jednake veličine iako bi do kraja to trebalo da se ujednači... I kao ovo ti je sve normalno. I onda sam imala čas anatomije i ovo ti je ovo, ovo ti je ov. Kad gledaš, vidiš da je sve to normalno. ... Mislim prvo što sam mogla da vidim taj ultrazvuk bolje. To je privatna ordinacija, namestili su ti ekran da ti kad ležiš gledaš. I to ovako veliki neki, flat screen, nekako ti je jasnija slika. Kapiraš, vidiš sve." (Ivana)

Dakle, na početku, umesto da medicinska tehnologija donese razrešenje neke neizvesne situacije, ona zapravo unosi dodatnu neizvesnost i to zato što posredujuća uloga lekara izostaje. Ivana čak misli da oni namerno stavljaju žene u tu poziciju, „da si ti glup“ i da „ne znaš“, što je prosto jedan način ispoljavanja njihove moći tj. održavanja i reprodukcovanja neravnopravnog i hijerhijskog odnosa između žena i lekara. Od žene se očekuje da ostane pasivna i jednostavno sačeka sledeći pregled što podrazumeva da ona treba da provede relativno dug period u neizvesnosti o zdravstvenom stanju buduće bebe. Jedan od mogućih načina da žena preuzme aktivnu ulogu u toj situaciji jeste da preuzme kontrolu nad medicinskim nadgledanjem svoje trudnoće. To je upravo ono što je Ivana uradila. Neizostavna posledica ovakvog praktikovanja agensnosti je da žena prevazilazi negativne posledice medikalizacije svoje trudnoće time što se podvrgava dodatnoj medikalizaciji. Na ovaj naizgled paradoksalni ishod vratiću se u završnim razmatranjima.

Ipak, ponekad činjenica da se pregled odvija uz zanemarivanje subjektivnosti žene, u kombinaciji sa potencijalno rizičnom medicinskom situacijom, može dovesti do istinskog stanja ugroženosti, kada deluje da ženi ne stoji ne raspolaganju nijedan način da preuzme kontrolu nad situacijom. Tada nije reč prosto o nedostatku nekih objektivnih resursa, već o nemogućnosti da se zauzme pozicija iz koje bi bilo kakva aktivnost bila moguća. Žena se oseća na neki način paralisana ili, kako je sama sagovornica to artikulisala, „kao zombi“.

Uni su lekari na ultrazvučnom pregledu na kraju trećeg meseca dali pogrešnu

procenu da nosi srasle (sijamske) blizance. Oni su ne samo pred njom postavili veoma ozbiljnu dijagnozu koja se izuzetno retko javlja⁷⁵ i to bez ikave taktičnosti, otklona ili dodatnih objašnjenja, već su raspravljali i o načinima rešavanja te situacije. Rečenica „očemo kukom?“ referira na neku od embriomija, akušerskih operacija pri kojima se komadanjem ploda i smanjivanjem njegovih dimenzija omogućava njegovo izvlačenje kroz porođajni kanal (Mladenović et al., 2008). Lekari nisu ni unapred imali obzir prema tome kakav će efekat ovakva informacija na nju ostaviti, niti su naknadno reagovali na njeno uzbuđenje i uznemirenost. U skladu sa potpunim nemarenjem tokom pregleda za bilo šta kod Une, osim za predstavu unutrašnjosti njene materice koju posmatraju na ekranu, lekari je i nakon pregleda ostavljaju da se potpuno sama izbori sa novom situacijom za šta joj nisu ponudili nikakve resurse.

*„Doktor je meni radio ultrazvuk i ništa kao ok i rekao mi je dođi za pet dana. Što je stvarno jako brzo za taj period. Ali ja sam došla. ... I onda su oni meni rekli, on je gledao... zašto je on mene pozvao da dođem ponovo, zato što su bili blizanci. Da, bili su blizanci ... i on je pozvao koleginicu da oni provere da li je sve ok. I onda je ta žena, ekspert za ultrazvuk, kolegunica, njih dvoje su sedeli. Ja sam petnaest minuta ležala na tom stolu. Ona je stvarno, bez karikiranja, pet do deset puta ponovila da su to sijamski... nije ona to rekla nego da su to blizanci koji su spojeni sakralnim delom.. Potpuno užasno, ja sam se rasplakala. A stvarno sam se rasplakala. To mi je grozno bilo. Tad sam shvatila... **Užasno mi je bilo to. Mislim ja sam kao zombi bila.** Pritom je ona zvučala... Znaš kako je to zvučalo? Ja ležim evo tu i njih dvoje su tu i gledaju na tom ekrančiću i govore 'da, da, da, 200% sam sigurna. Da, da, da, pa vidiš spojeni ... ouououo. Očemo kukom? Ma da, ma da, sigurna sam, spojeni su.' I ja tu pokušavam nešto da kažem, a potpuno sam kontuzovana i informacijom da su blizanci i da su spojeni. To je jezivo, potpuno jezivo. I ta žena ostavlja tu sondu i izlazi i ne kaže mi doviđenja. Ja sam bila u fazonu koji si ti skot, šta je tebi u glavi. I onda ja pitam ovog lekara, jedino što uspem da procedim. 'Dobro a hoće da se razdvoje vremenom?' Mislim što je potpuno retardirano pitanje, ali mislim jebi ga. I onda je on rekao 'ne, ne, ne, polako sad'. U stvari me nije ni utešio nešto, nego je rekao 'sedi i sačekaj', a onda je uzeo telefon i pokušao da nađe neke druge lekare u bolnici. U drugom odeljenju, gde imaju kao malo bolji ultrazvuk, da se oni skupe i da to provere. Ali on to meni ne govori. Ali preda mnom telefonira. I onda on meni kaže dođi u utorak ujutru, pola sedam. I ja izlazim i uopšte ne, mislim potpuno sam neartekulisana, uopšte ne pitam ništa.“ (Una)*

⁷⁵ U proseku jednom u sto do dvesta hiljada trudnoća (Cunningham, 2010: 863).

Una se osećala toliko rastrojeno, da čak nije uspela da formuliše smisleno pitanje. Važno je razumeti da je njena bespomoćnost u ovoj situaciji posledica objektivnih okolnosti pregleda – ponašanja lekara, implicitnih i eksplicitnih normi koje u instituciji vladaju, takvog pozicioniranja žene da ona, iako centralna u toj situaciji, nema nikakav uvid ni glas – a ni bilo kakvih ličnih, čak ni društvenih karakteristika same žene. Una to i sama prepoznaje i ističe da je ona svesna da je bila u dosta boljoj i povlašćenijoj poziciji nego mnoge druge žene koje odlaze u medicinske ustanove – ona je poznavala doktora od ranije, a njeno obrazovanje i poreklo su potencijalni izvor osećaja moći i integriteta – ali to nije bilo ni od kakve pomoći.

„A pri tom, ja sve vreme imam u glavi, mislim ja sam tamo preko veze... a i ja nisam ono malo nezaštićeno stvorenje. To je što sam ti rekla da imam osećaj te unutrašnje snage, realno imam osećaj da bih mogla svašta da im napravim ako hoću. Mislim kapiram da nije to to, nego mislim nisam ono neko ko nema školu, nisam ono neko kome je došao neko iz unutrašnjosti i pukao ne znam koje pare da bi došao tu i da ga šutnu.“ (Una)

Najozbiljnija posledica je to što ženi nije lako da se oporavi od takvog iskustva isključivanja i ugrožavanja subjektivnosti. Deluje da je činjenica da joj je bilo elementarno onemogućeno da bude agent u situaciji pregleda, otežavala da bude agent posle toga i da se na bilo koji način aktivno odnosi prema svom stanju. Ona i dalje sebe opisuje kao zombija – metafora koja veoma upečatljivo upućuje na njenu ugroženost kao subjekta.

„Mislim taj vikend je meni bio... ja sam stvarno bila zombi. (...) I suštinski trebalo je samo da odemo kod privatnika i da damo 50 eura da uradi ultrazvuk. Ali meni se... meni je to palo na pamet pet meseci kasnije. Tek tad mi je palo na pamet, šta je trebalo da uradim, da rešim sebi dilemu. ... Ne, ne, najgori su ta tri-četiri dana koja prođu u tom stanju. A tebi mozak očigledno ne radi dovoljno da ti... da prosto skapiraš šta treba da proveriš pa da bi znala.“ (Una)

Ukoliko na trenutak ostavimo po strani organizaciju pregleda koja podrazumeva isključivanje i zanemarivanje subjektivnosti žene, to kako će ona reagovati na „loše vesti“ u medicinskom kontekstu u velikoj meri se tiče i toga da li može da se osloni na otelovljeno iskustvo prilikom procene svog stanja. Žene su sklone da mnogo lakše relativizuju ili diskvalifikuju medicinsko znanje ukoliko im telesni osećaj govori nešto drugačije. Tako je Una u devetom mesecu imala sasvim drugačiju reakciju na pogrešnu procenu lekara (mada

treba uzeti u obzir to da sama konstelacija pregleda nije bila nalik onoj opisanoj iznad). Una tada jasno oseća pokrete bebe i ima neposredni uvid u njenu aktivnost, za razliku od trećeg meseca kada još uvek nije imala skoro nikakvo otelovljeno iskustvo trudnoće i jedini izvor informacija predstavljao je monitor ultrazvuka i tumačenje lekara. Zbog toga, kada joj je lekarka na osnovu rezultata na CTG⁷⁶-u rekla da beba nema aktivnost, što znači da nema srčanu radnju, ona je diskvalifikovala medicinsku tehniku kao nepouzdanu i ni u jednom trenutku nije dovela u pitanje validnost svog otelovljenog iskustva.

„CTG je meni najgluplja stvar. Jednom su mi sahranili dete. Mislim to stalno rade u zdravstvenom sistemu, non-stop. Ono uradila je CTG i onda je ovako, to jako vole taj pokret, 'jaooooj!' Ja kažem 'šta je?' A znam da je sve u redu zato što je na svu sreću beba užasno živa. Dakle, mrda mi se beba, rade mi CTG, i ona sad kao 'jaaj, uf, uf, uf!' A rekoh 'šta je?' A znam da je sve u redu, ali dobro ajde da čujem sad ovu teoriju. 'Beba nema aktivnost.' Ja rekoh 'ima aktivnost, i taj CTG dok ste mi radili, to se sve čuje, sve vreme se čuje to srce i mrda se beba, nisam luda'. 'Ne mrda se', kaže ona... E to je zato što je CTG nepouzdana mašina i to je njoj tako izgledalo u tom momentu. I onda su oni rekli kao sad ćemo pozvati lekara da proveri. Onda su pozvali nekog koji je uradio ultrazvuk... i onako pa kao sve je u redu. Mislim, znam da je sve u redu.“ (Una)

Iako lekarka ne pridaje ni najmanje važnosti njenom iskustvu, očigledno je koliko Una u ovoj situaciji privileguje svoje otelovljeno znanje naspram mišljenja lekara. Svakako je olakšavajuća okolnost to što je ona i neposredno dobila informaciju od tehnologije (čula je otkucaje srca bebe), ali deluje da joj pre svega to što bebu oseća predstavlja uporište za odupiranje medicinskom mišljenju. Unino iskustvo je ilustrativno za kompleksni odnos između tehnološki posredovanog znanja, kome je bilo posvećeno ovo poglavlje, i otelovljenog iskustva bebe čemu se upravo okrećemo.

⁷⁶ CTG ili elektrokardiotokografija je medicinska tehnika koja omogućava istovremeno praćenje kontrakcija materice i učestalosti i kvaliteta srčanih tonova ploda (Mladenović, 2008: 232).

Otelovljeno iskustvo pokreta bebe

„Only the pregnant woman has the experience of me/not-me and of of-me/separate-from-me that places her in the unique position of getting to know herself-with-another and another-within-herself.“

(Sandelowski & Black, , 1994: 607)

Trudna žena ima privilegovan epistemički pristup fetusu, jer ga nosi u svom telu. Njeno znanje je otelovljeno i konkretno i, od nekog perioda u trudnoći, svesna je dodira i pokreta bebe. Pre pojave tehnika koje su omogućile proveru trudnoće dosta ranije nego što je to nekada bilo moguće, za prvi pouzdan znak trudnoće uzimani su pokreti bebe. Oni su najavljivali da će se proces kroz koji prolazi telo žene, a koji je najavljen i na mnoge druge načine, (verovatno) završiti rađanjem bebe, a ne pobačajem ili razbuktavanjem bolesti (Duden, 1991). Iskustvo pokreta ploda je tako imalo ne samo lični, već i društveni značaj⁷⁷.

U medicinskoj literaturi navodi se da žene koje su prvi put trudne osete pokrete ploda tačno na polovini trudnoće – na četiri i po meseca ili 20 nedelja, na šta su se lekari nekada oslanjali kako bi procenili starost trudnoće (Mladenović et al., 2008: 289). Žene po pravilu imaju izgrađeno očekivanje o tome kada bi trebalo da osete pokrete bebe. Kako se taj period približava, one postaju posebno usmerene na telesne doživljaje koji mogu da budu indikatori pokreta i koji se, u bilo kojoj drugoj životnoj situaciji, verovatno ne bi ni primetili ili bi se sasvim drugačije interpretirali i ne bi imali nikakvu relevantnost. Takođe, najčešće su upoznate i sa tim kakav je to osećaj i onda pokušavaju da ga kod sebe prepoznaju.

„Kažu od šesnaeste do dvadesete nedelje, sve zavisi da li je prva, druga, treća beba. Prva beba se kasnije javi, ali sada pošto sam ja mršavija, trebalo bi ranije da osetim. E sad, to su razne priče kako se to oseti. Da li ako pile stegneš u šaku pa se ono pomera, do priča kao kad imaš gasove u stomaku, pa kao da te to nešto golica. Pa to su razne priče koje na kraju meni nije izgledalo ništa od toga... ali dobro. E onda već počnu ljudi, ne namerno, tamo negde već od šesnaeste nedelje da te ispituju jesi osetila pokrete, jesi osetila pokrete? Ja ne osetim. E sad to malo izazove i paniku. Nisam osetila i šta sad. Ali to je i normalno do dvadesete nedelje. Do devetnaeste nedelje sam ja bila mirna. Ali od

⁷⁷ *Quickening* je imao pravni značaj vekovima kao jedini ili jedan od kriterijuma na osnovu kojih se fetus proglašavao živim i u skladu s tim se abortus smatrao ubistvom (ibid: 82).

devetnaeste do dvadesete sam počela pa hoće li se već osetiti više, pa više mi nije onako, već se tu bliži na izmaku sam i možda sam ja to i osetila, a da ja to nisam prepoznala.“ (Tamara)

Žene po pravilu znaju kada da očekuju pokrete tj. kada bi oni trebalo da se jave. Kako se taj period približava, one su sve usmerenije na senzacije koje im dolaze iz predela stomaka i pokušavaju da prepoznaje pokrete bebe. Nemogućnost da osete pokrete im izaziva strepnju jer se pitaju da li je sa bebom sve u redu. Tamarino iskustvo je indikativno za situaciju u kojoj se nalazi većina žena – ona se pita da li će uopšte umeti da diferencira pokrete bebe od nekih irelevantnih senzacija.

„To u početku, ti uopšte nisi siguran, za sve pomisliš aha evo ga, krenula je sad, zato što ti to nekako očekuješ i onda kao pomisliš i od creva, ako ti zakrče creva, ti pomisliš aha beba, beba. Tako si malo opsednut time samo da je malo osećaš. Ali su ti svi pokreti jako, jako smešni, kao da ti nešto žmirka u stomaku. ... I ja mislim da je to bilo to. Ali ja ne znam.“ (Maja)

Početni period otelovljenog iskustva bebe u stomaku obeležava velika nesigurnost. Ona je pojačana time što se nekim ženama ti prvi pokreti ni najmanje ne razlikuju od nekih senzacija koje su i ranije doživljavale, ali su ih povezivale sa nekim drugim stanjima i sada treba da počnu da ih prepoznaju kao indikatore aktivnosti bebe. Nekada se traži i mišljenje lekara ili tehnološki posredovana informacija, posebno ukoliko žena prolazi kroz dug period neizvesnosti.

„S tim što su mi i pokreti, rekli su oko 20. nedelje, ali ja ih nisam nešto bila svesna, možda sam tek u 23-24. Jer izgleda ti kao da ti krče creva ili nešto. Znači nije ništa specijalno to bilo, da kao sad nešto kad udari znaš da se javio. ... Ja uopšte nisam bila sigurna da je to to. Zato što sam razmišljala trebalo je već da osećam, pa što nije, pa kako, pa gde, pa šta je, pa što nije. I onda sam razmišljala, kad sam ja to već počela nešto da osećam, razmišljala sam da li je to to, ali nisam bila sigurna. I onda baš to čitajući, neke žene su pisale već u dvanaestoj nedelji ili trinaestoj nedelji su počele da osećaju, pogotovo ako je to druga trudnoća, pa tad si kao svesniji pa možeš da osećaš. Ali kao oko dvadesete nedelje, pošto i oko osamnaeste nedelje, sedamnaeste nedelje ja sam isto pitala doktorku, ma kao ma nećeš ti još pre dvadesete nedelje nemoj još o tome da razmišljaš. A posle toga, bilo je kao neki mehurići u stomaku da mi puckaju, pa sam ja razmišljala da li je to to, da l' nije. Ali to sam mogla samo kad se skoncentrišem da osetim.“ (Anđela)

Za razliku od Anđele, Nevena pokrete doživljava kao nešto što pruža specifičan telesni doživljaj i deluje da joj to znatno olakšava prepoznavanje, pa je ona pokrete osetila

ranije i bez previše neizvesnosti.

„Možda je to bio neki četvrti mesec, ali je jako rano, nešto je nenormalno rano bilo da ja čak nisam bila ni sigurna da je to taj. Meni je bilo nemoguće maltene, stomak mi se jedva tek počeo da primećuje. Mislim niko sa strane, ja sam primećivala da se menja. I onda sam osetila tako neki, to je neki osećaj koji zaista ne može da se opiše ni uporedi. I jako kratko, to je znači toliko kratko trajalo, da sam ja bila u fazonu ja sam se istripovala. Ali nije ni kao da te creva muljaju, znači ni čemu nije sličan i ja sam onako baš... To je ne znam ni sekund, to je jako kratko traje i pošto mi je bio potpuno nepoznat, ja sam bila ubeđena da je to beba. I posle kad sam pričala sa nekim starijim ženama, i ona je bila u fazonu da je imala takav sličan osećaj. Ja sam ostala pri uverenju da to jeste bilo prvi put.“ (Nevena)

Žene se veoma često oslanjaju na iskustva drugih žena iz okruženja i pokušavaju da saznaju detalje o kvalitetu tog doživljaja kako bi ga lakše prepoznale.

„Onako kao piše na tom sajtu, ako ste malo deblji, još kasnije. Pa otkud znam, ja ću još kasnije. A izgledam deblje, imam šlauf, ja mislila da to to znači. Međutim ja sam u sedamanestoj nedelji počela da osećam i to u fazonu kao da ti se creva mrdaju, ali nema zvuka. I onda sam bila u fazonu, tri dana se to meni dešava i ja kao kevi, a pre toga pitala sam je kakav je osećaj, kao leptirići u stomaku. Kevo jebote kao zaljubiš se leptirići ili? Ne. Kao da si progutao leptira pa ti se drma? Pa kao, ne može ona to, to je ona čula negde kao leptirići i to ponavlja. I uopšte nisu leptirići znači. A svekrva mi je rekla to za creva. I tek posle tri dana toga, ja sam bila u fazonu, je l' moguće da ja osećam nešto kao za creva ali mutno nešto. Pa gde? Pa to je. I bila sam ponosna. Onda sam bila opasno ponosna jedno vreme. I to je to, bio je lep period.“ (Sonja)

Trudnoća je jedina životna situacija i iskustvo gde nam senzacije koje dolaze iz unutrašnjosti tela ne govore samo nešto o nama samima, tj. o samom tom telu i njegovom funkcionisanju, već i o nekom objektu u svetu tj. Drugom. To određuje specifični kvalitet ovog doživljaja, ali i svu neizvesnost kojom je adekvatna intepretacija tog doživljaja praćena. Sasvim nam je uobičajeno da hladnoću koju osećamo na dlanu dok držimo kockicu leda doživljavamo i interpretiramo kao da nam ukazuje na hladnoću objekta koji držimo u šaci, a ne na hladnoću same šake, iako faktički osećamo hladnoću šake, ali nama se šaka ne pojavljuje kao objekat, već je samo implicitno prisutna kao „sredstvo“ doživljavanja sveta. Nasuprot tome, kada osećamo grč ili vibraciju u stomaku, to doživljavamo, i uobičajeno interpretiramo, kao indikator nekih procesa u samim unutrašnjim organima koji nam se uvek pojavljuju kao objekti, nikada kao tačka gledišta na svet. U situaciji pokreta bebe

upravo u tome leži specifičnost – žena se oslanja na senzacije iz unutrašnjosti svog tela ne da bi saznala nešto o samom telu, već da bi opazila karakteristike i aktivnost jednog drugog bića.

„Pa osećala sam mislim tačno kao da me džara po organima tim, kao da kosku osećaš iznutra. ...I ti osećaš, znači on se nekako tegli, ti možeš da osetiš te njegove... možeš ti sad i sama da staviš, osećaš nekakve tvrde delove⁷⁸. A mislim ti kad staviš ruku, to osećaš, a ja osećam to nekako isto tako, a samo iznutra.“ (Ivana)

Iako su po pravilu potrebni neko vreme i sticanje iskustva da žena počne da diferencira i registruje različite senzacije koje su posledica bebine aktivnosti u stomaku, ova specifična fenomenološka situacija često vodi tome da žene ovaj doživljaj opisuju kao veoma poseban, ponekad čak i kao „svojstveno“ žensko iskustvo.

„To je baš poseban osećaj i mužu sam rekla da mi je žao što muškarci to ne mogu da osete i da mi je baš... baš mi ih je žao što su hendikepirani za taj jedan osećaj. Ono kao sve u životu možemo i jedni i drugi da osetimo, ali taj osećaj da se nešto u tebi pomerilo, to prosto onako nećemo moći da im dočaramo, prosto na šta to podseća, na šta to liči ... ne liči ni na šta, to je onako svojstveno. ...mislim baš je nekako poseban osećaj i ne može da se poredi, bar ja ne mogu ga uporediti ni sa čim.“ (Nevena)

S obzirom na to da relativno retko postoji prilika za ovakvu vrstu iskustva, a svakako ne treba zanemariti činjenicu da ono nije dostupno muškarcima, ne postoji konceptualni aparat koji je ženama na dohvat ruke kada žele da opišu to kako se osećaju. One se umesto toga oslanjaju na metafore i poređenja.

*„Prvi pokret ... Ovako sedim i onda samo pup. I ja rekoh, 'a, aha, to si ti!'. I onda lepo osetiš znaš. Kao nešto, znaš u vodi kad plivaš u bazenu pa kad ovako prođeš pored tela, e tako neki osećaj, samo iznutra. I onda znaš, sve više i više, češće i češće osetiš, jer je veće i onda... Znači lepo vidiš kad izađe ovde, ti osetiš onako kako se on premešta, tamo, ovamo, skroz je čudno. **Neopisivo. Imaš nešto živo u sebi.** I baš je tako. ... Čudno je, najčudnije je kad se popenje ovde. Imaš osećaj kao da ti uvuče nogu ispod rebara. ...“ (Mirjana)*

Kvalitet doživljaja pokreta bebe se menja kroz trudnoću kako beba raste i zauzima sve veći prostor.

⁷⁸ Tokom ovog dela razgovora Ivana upravlja mojom rukom i stavlja je na svoj stomak kako bih ja osetila tvrda ispupčenja, što su zapravo neki delovi bebe.

„Možda su negde sa četiri i po meseca nekako počeli ti prvi udari da kažem, nešto sad što sam ja povezivala. Možda to i nije bilo to. Ali ja sam povezivala sa tim. (...) Pa ne znam, to je ono što možeš da pomešaš sa gasom u stomaku. Oseti se kao neko treperenje. Kasnije se samo, baš se onako oseti na dodir, baš lupi... ranije me lupala ovde dok je bila karlično okrenuta lupa, lupa, lupa, pa se smiri. A generalno najviše kad ja sednem, na leđa kad legnem e tad sam je najviše osećala, sedmi, osmi mesec. (...) Ali u svakom slučaju šta god da radim, ono hodam, slabije sam je tada osećala. Ali čim sednem, malo se namestim i eto je, kreće. I drugačije je nego sada na primer. Sada možda to nije toliko lupanje, koliko gurkanje. Sada verovatno nema toliko mesta, pa se onda više gurka, pa se vidi sada. To se ceo stomak zatalasa. I to sad više nema veze ni da li stojim ni da li ležim na strani, na leđima. Sad se jednostavno oseti svako njeno pomeranje. I ono što mislim, čitala sam, da bi trebalo u devetom mesecu da se smanji zato što beba nema više mesta. Nije mi se smanjilo, više se samo intenzitet, nisu to više udarci, nego je to više to gurkanje, to se ona namešta ili proteže. Imam takav utisak bukvalno nekad kao da proteže noge pa se sad odgurne nogom o stomak.“ (Teodora)

Dok su pokreti na početku jedva primetni i teško ih je diferencirati, od šestog meseca se udarci bebe jasno osećaju. Ipak i tada je potrebno da žena nije aktivna, da miruje, kako bi mogla da oseti bebu. Tek na kraju trudnoće ona je skoro sve vreme svesna prisustva i aktivnosti bebe i drugačije doživljava njene pokrete (kao guranje, protezanje).

„Ne mogu sad tačno da se setim, ne znam možda treći-četvrti mesec sam počela da osećam kao da imam neke ribice koje plivaju u stomaku i koje se praćakaju. E to su prvi osećaji. A tad u petom kad sam je videla i pol i sve, možda je počela jače malo. Osećala sam redovno po malo. I tačno sam osećala kako dobija snagu i kako raste. Znači od tih ribica do onako malo jačih udaraca, ovako me raspali me ručicom. A sad već je super zato što nema mesta, pa se samo meškolji i gura, ne udara nego te gura, pošto nema mesta. **Baš sam osećala kako raste.** To je super.“ (Saška)

Beba postaje veliki i njeni pokreti postaju takvi da čak mogu da se prate od spolja, jer stomak menja oblik, pa aktivnost bebe postaje dostupna i drugima.

„U šestom sam baš počela da osećam pokrete. A sedmi i osmi me išutirala kako je stigla, uzduž i popreko. Znači kad meni kaže muž, ja gledam tebe spavaš, da l' me zezaš da l' spavaš, a ćebe se diže samo.“ (Sofija)

„Na kraju su ti pokreti užasno jasni. ... Mislim nekad to se doslovno vidi stopalo i ti znaš koji je to deo tela. Ili lakat. Mislim baš kad gurne jako.“ (Una)

Zbog toga što beba zauzima znatno veći deo ženinog trudnog tela ona postaje stalno

prisutna u njenom doživljavanju i delovanju u svetu. To podrazumeva da ženi nije tako lako da se fokusira na svoje životne projekte (recimo na poslu), jer postoji paralelno dešavanje od koga ne može da se izoluje tako lako. Zapravo je to situacija u kojoj se, u uobičajenim okolnostima, telo povlači u pozadinu kako bi žena, kao otelovljeni subjekt, mogla da bude usmerena na spoljašnji svet bez ometanja, ali zbog aktivnosti bebe koju skoro sve vreme oseća, ženi je na kraju trudnoće telo veoma često u prvom planu i svet postaje ono što se povlači u pozadinu.

*„Sad na kraju, problem je držanje pažnje, prosto mozak ćao. Zato što ova beba mi je mnogo nemirnija, pritiska, gura, ne mogu da toliko da sedim ni na poslu, prosto **ti se malo pomeri, ajde da kažem, fokus razmišljanja.**“ (Ivana)*

Upravo činjenica da je žena „telesno svesna“ bebe i to, po pravilu, sve češće i u dužim vremenskim periodima kako trudnoća odmiče, za većinu žena igra najznačajniju ulogu u identifikovanju sa trudnoćom. Od toga da *znaju* da su trudne žene dolaze do toga da *osećaju* svoje promenjeno stanje.

*„Mislim sa tim prvim pokretom dođe i taj osećaj da si trudan. S tim što ti pokreti nisu u početku takvi i onda se nekako... uvek te iznenadi. Znaš kao jaog evo ga. I to je više onako **u tom samom početku pa ne znam možda više znanje nego prosto samo osećaj.** Stvarno se sad kako god se okrenem osećam i nema šanse da izbegnem. A tad dok mi je stomak bio ravan i dok sam nosila normalnu garderobu, možda onako više saznanje trudna sam nego što sam sad imala neki osećaj...“ (Nevena)*

Iako doživljavanje bebe deluje kao neki sasvim neposredan proces, još na početku odeljka je trebalo da bude jasno kakvu ulogu ima medicinsko *znanje* – zato što znaju kad „treba da se javi“ beba, žene su sklone da telesne doživljaje intepretiraju na određeni način. Medicinske *tehnik*e, pre svega ultrazvuk, takođe igraju određenu ulogu u načinu na koji će beba biti telesno doživljena i kako će otelovljeno iskustvo biti interpretirano.

Na početku ovog poglavlja videli smo da je Tamara iščekivala da oseti pokrete bebe i da joj je već „izazivalo paniku“ približavanje predviđenog perioda (do kog bi trebalo da ih oseti), jer kod sebe nije uspevala da prepozna karakteristične simptome („*možda sam ja to i osetila, a da ja to nisam prepoznala*“). Deluje da je ultrazvuk, tj. tehnološki posredovan uvid u aktivnost bebe, omogućio doživljavanje ili bar prepoznavanje bebinih pokreta.

„Opet dvadeseta nedelja jedan dan odlazim ja kod doktora na ultrazvuk i on mi je rekao da beba deluje

*onako nemirno i da se non-stop vrti, da je sve u redu. **Tu noć sam ja osetila da se beba pomera.** Da li je to imalo veze što je on meni rekao, možda sam ranije ja to osetila a nisam prepoznala, ne znam. (...) **Naravno bila sam presrećna što sam uopšte osetila, ali sam bila smirena jer sam taj dan bila kod doktora pa sam znala da je sve u redu** i da će se već to osetiti. Da i što je to tako mali pokret da se to jedva i tek kad se umiriš, znači kad legneš i kad se umiriš tek tada to osetiš. Dok si ti aktivan to se uopšte ne oseti. Možda čak ja sam pre toga malo osetila kao kad osetiš da tu imaš neku vodu, kao da se malo uzmeškolji neka voda, e tako nekako. Tako neki osećaj u stomaku. To je verovatno značilo da su pokreti bebe, ali ja to nisam povezivala da je to to.“*

Medicinska tehnologija je oslobodila Tamaru anksioznosti koja je izazvana odsustvom otelovljenih informacija (koje se očekuju na osnovu usvojenih normi). Ova sagovornica je specifična po tome što je u različitim okolnostima sklona da privileguje medicinske informacije („*Naravno bila sam presrećna što sam uopšte osetila, ali sam bila smirena jer sam taj dan bila kod doktora pa sam znala da je sve u redu*“), ali ovakva uloga ultrazvuka javlja se i kod onih žena koje su veoma sklone da se oslanjaju na svoje otelovljeno iskustvo. Na Mirjanin slučaj ćemo se vratiti kasnije kada budemo analizirali na koji način žene uspevaju da individuiraју bebu, čak i da uspostave interakciju sa njom, pre svega zahvaljujući doživljaju pokreta, ali i kod ove sagovornice je ultrazvuk bio značajan na početku. Ona je bila zabrinuta, jer njeno iskustvo nije bilo saglasno sa iskustvima drugih žena, o kojima je slušala ili čitala, i zato joj je nedostajao adekvatan normativni okvir za procenu sopstvene telesne situacije.

„Prvi put sam osetila pokrete negde u petom mesecu. Ali to je bilo nešto blago. Ja sam se čak plašila, rekoh bože šta je ovo, je l' sve žene osećaju, kao čitam na internetu i ja onako nešto malo. ... Meni je više bila frka, svi negde pričaju tu bebe im se pomeraju ovamo onamo a moja beba se ne pomera. Mislim ja osećam nešto kao da me grebe ali to nije... I onda kao bože da li je sve u redu? Čitaš neke komentare ali vidiš da nisi iz te priče. I onda odeš kod lekara i onda to ispričam mojoj doktorki i ona kaže ma nemoj da se brineš, sad ćemo da pogledamo. I onda ona žena pogleda i kaže ma sve u redu, ima normalnu srčanu reakciju, ali mirna beba.“ (Mirjana)

Žene čije su bebe aktivne često budu zabrinute ukoliko ne osećaju pokrete neko vreme. Tada im je po pravilu potreban neki spoljašnji znak kako bi se oslobodile brige i neizvesnosti – ultrazvučni pregled ili, kao u slučaju Sofije, medicinsko znanje koje potvrđuje da bebe postaju mirnije od 36. nedelje.

„I ovih dana vidim da se smirila, i ja rekoh da li je dobro, čoveče. I ovako sedim i kažem ajde javi mi se malo, ajde šutni me, ajd ovo, ajd ono. I vidim nešto onako baš drastično manje. I ja kao odem malo po netu to kao da čačkam. I baš stoji kao Vaša beba će se u 36-oj nedelji smiriti, osetićete je možda povremeno ali jače udarce. I bukvalno mi je tako sad trenutno.“ (Sofija)

Stalna aktivnost bebe je i za Unu neposredni „fidbek“ da je sa njom sve u redu. Videli smo da je ona spremna čak otvoreno da diskvalifikuje tehnološki posredovano medicinsko znanje i da se suprotstavi mišljenju lekara ukoliko je nesaglasno sa njenim otelovljenim iskustvom. Sa druge strane, doživljaj smanjenja aktivnosti je znak za zabrinutost i to stvara potrebu za posredovanom informacijom da bi se dobila potvrda da je sve u redu.

„A znam da je sve u redu zato što je na svu sreću beba užasno živa. E sad ako budem trudna ponovo i ostalo, pošto može da bude i mrtvak neki, ovaj je povukao na dečka, da je na mene preležao bi devet meseci, ne bi se pomerio. Mislim to mi je onako super fidbek. To je možda dva dana da se nije pomerio, meni su ta dva dana bila kao ok, treba proveriti, nešto se dešava.“ (Una)

Ivana, koja je trudna sa drugim detetom, upravo ima situaciju od koje Una strahuje. Ona ima sasvim različito iskustvo u dve trudnoće što se tiče pomeranja bebe – prva beba je bila veoma mirna i osećala je samo nežne i lagane pokrete kad ju je osećala, dok je druga beba izuzetno aktivna i pravi dosta intenzivnije pokrete koje joj nekad izazivaju i neprijatne senzacije.

Znači sa prvim detetom kad sam bila trudna, njega nisam uopšte tako osećala. ... Osećala sam, njega sam osećala kao više da me milki iznutra, tako kao da se tu nešto pomera. A ovo osetiš ti, manje više sve. Ovaj baš voli da pravi žurku. (Ivana)

Ovaj različiti nivo aktivnosti dve bebe ima i različite posledice po to koje znake će Ivana interpretirati kao relevantne i kada će postati zabrinuta i potražiti medicinski uvid u svoje stanje. Sa prvom bebom je strahovala onda kada oseti intenzivno pokrete, jer je pomišljala da ju je ona nekako povredila. A sa drugom je miran period razlog za brigu. Takođe, ova očekivanja i kriterijumi za procenu se menjaju tokom same trudnoće.

„Sa prvim mi je to što se ne mrda bilo normalno stanje. Ali to je sad stvar navike. Sad kad ovaj to ne radi non-stop, onda razmišljaš kao primirio se, možda je porođaj, možda nešto nije u redu. Jer ti shvataš te njegove pokrete kao normalu, dođeš do toga da to tako treba. Prvo nisam osećala, pa onda sve što je bilo zum, zum, bilo je kao šta mi se sad dešava. A sad mi je e on se mrda a kad se ne mrda,

onda mi to nije normalna stvar. (...) Valjda se navikneš na to dete tako, pa učiš zajedno s njim.“
(Ivana)

Žene ne osećaju potrebu za medicinskom potvrdom prosto onda kada ne osećaju pokrete tj. kada izostaje otelovljeno iskustvo. To zavisi od prethodnog nivoa aktivnosti bebe – ako je beba inače mirna, ženi nije potrebna spoljašnja potvrda; ali, ukoliko je beba aktivna, a onda se ne osećaju njeni pokreti, to je jedina situacija kad žene posegnu za tehnološki posredovanim uvidom u svoje stanje.

Dakle, videli smo da tehnološki posredovano iskustvo igra značajnu ulogu za ženu onda kada one ne uspevaju da se oslone na svoje otelovljeno iskustvo ili nisu sigurne kako da ga protumače. Tako ova dva modaliteta iskustva jesu u interakciji tj. pojavljuju se na koordinisan način u doživljaju žene, ali se veoma retko uspostavlja direktna veza među njima. U razgovorima sa ženama u ovom istraživanju pojavio se samo jedan takav slučaj.

„Čudno, stvarno je čudno. Jer ja na primer prvi put imam video za moj osećaj, razumeš, ja nju osetim i tri sekunde kasnije, malo sporije, vidim da se ona mrdnula. I onda sam u fazonu nisam luda, vidi, da, stvarno. I tačno sam videla imam te specifične, imam te mutne kao senzacije i te kao tras i tačno je ovo uradila. Odšrafi se rukom, baš neki refleks fazon i to kontam da radi s nogom. Tako da malo sam potvrdila te moje fantazije.“ (Sonja)

Bez obzira na to da li je u situaciji uspostavljena direktna veza i interakcija između tehnološki posredovanog i otelovljenog iskustva, svi do sada razmatrani slučajevi nam ukazuju da postoji pre koordinisano i saglasno funkcionisanje ova dva modaliteta i dva izvora informacija, a ne njihovo isključivanje.

* * *

U prethodnom poglavlju je detaljno razmatrana uloga ultrazvuka u ranoj identifikaciji sa trudnoćom. Tada je spomenuto da otelovljeno iskustvo trudnoće, posebno povezano sa pokretima bebe, kasnije igra mnogo značajniju ulogu i da ono omogućava da žena doživljava svoje promenjeno stanje kao realnost. Ovaj proces „prisvajanja“ trudnoće je suštinski povezan sa činjenicom da beba za trudnu ženu dobija sve određenije obrise i počinje da se doživljava kao nezavisno biće. I medicinska znanja/tehnologija i otelovljeno

iskustvo žene igraju značajnu ulogu u individuiranju bebe i u narednom odeljku pokušaćemo da pratimo dinamiku njihovog relativnog doprinosa i proces njihove interakcije tokom trudnoće.

Individuacija bebe tokom trudnoće

„(...) I experience the embryo (...) as something inside and of me, yet becoming hourly and daily more separate, on its way to becoming separate and of-itself. In early pregnancy the stirring of the fetus felt like ghostly tremors of my own body, later like the movements of a being imprisoned in me; but both sensations were my sensations, contributing to my own sense of physical and psychic space.”

(Rich, 1986: 63)

Žene se tokom trudnoće nalaze pred specifičnim izazovom – kako misliti i doživljavati biće koje je istovremeno i prisutno i odsutno, a koje se brzo i neprestano menja. Na koji način i na osnovu čega žena počinje da doživljava i zamišlja bebu kao nezavisno biće koje ima određeni stupanj autonomije, lične karakteristike, obrazac ponašanja. Da li uopšte postoji trenutak u trudnoći kada žena ima iskustvo nekog novog stanja, a da tu nije istovremeno (makar fantazmatski) prisutna i beba? Na osnovu narativa o trudnoći deluje da je beba za ženu prisutna od samog početka, mada se način na koji je prisutna značajno menja tokom procesa trudnoće.

Većina sagovornica ima obazriv i zaštitnički odnos od početka, i to ne prosto uopšteno prema svom stanju, već baš prema činjenici da se u njihovom stomaku razvija neko biće. Na to nas upućuje činjenica da one veoma često prestaju da nose uske pantalone da ne bi stezale bebu ili, iz istog razloga, prestaju da spavaju na stomaku. Ipak, beba je na početku prisutna na sasvim neodređen način – ona nema nezavisno postojanje ili neke specifične osobine.

U ovom ranom periodu trudnoće, slike i informacije sa ultrazvuka imaju posebno bitnu ulogu, jer omogućavaju da proces individuacije bebe započne pre nego što žena počne da oseća pokrete. Medicinska tehnologija tada pruža jedini izvor informacija. Ipak, činjenica da tokom prvih meseci žene imaju samo posrednu informaciju o bebi vodi tome da im se

beba otkriva kao u velikoj meri *generičko i neindividuirano biološko biće*. Prvi pregledi ženama čak mogu uneti strah da „nešto nije u redu“, jer one nemaju izgrađena normativna očekivanja u pogledu toga kako plod treba da izgleda i kako njegovi otkucaji srce treba da zvuče.

„B: Kako si se osećala kada si prvi put videla plod?“

S: Pa kao da imam vanzemaljca u sebi. Srce kuca jako ubrzano tad, nešto preko 150-160 otkucaja u minuti i to je ono ttttttt. I dok ti ona objasni da je to normalno, da to njima tako brzo kuca imaš osećaj... nekako strah me je... to je toliko malo i toliko nema oblik čoveka i nekako imaš utisak da nešto nije u redu. Znaš ono pošto ima tako čudan oblik i sve kao ne smem da gledam, imam utisak da nešto nije u redu... I tako nekako meni je stvarno to bilo malo strašno. Kao vidi sve nedefinisano, kao glava izvire odavde... Ja nisam volela detaljno da gledam te prve ultrazvukove.“ (Saška)

Često najsnažniji utisak ostavlja činjenica da ono što se vidi na ekranu (ili na slici koju žena dobije da ponese kući) izgleda suviše različito od bebe nakon rođenja tj. od „stvarne bebe“. Tanja se, na primer, oslanja na informacije sa interneta kako bi izgradila normativni kontekst za asimilaciju onoga što na ultrazvučnom pregledu može da vidi.

„Nisam ja nešto ni tražila da mi pokažu, a u više navrata su mi sami oni, vidiš ovde su ruke, noge, pogledaj kako je lep. Daju ti po neki put onu sličicu. Mada otprilike na tim slikama te bebe izgledaju kao vanzemaljci. Kao ovo moje dete više liči na nekog, ne znam ni ja, nego na bebu ali dobro. Posle malo gledaš i po internetu i tako, jer ima tih nekih sajtova, daš, ostavim mejl adresu i onda ti oni šalju tako u toj nedelji se dešava to, ovako vam izgleda beba i onda se malo privikneš na te...“ (Tanja)

Deluje da mnogi parovi anksioznost koja je stvorena time što treba misliti jedno nedovršeno, bespolno i nediferencirano biće (čak i kada im to neposredno ne budi loše asocijacije kao Saški) pokušavaju da umanje time što daju neki nadimak plodu kada ga prvi put vide.

„I onda smo ga ja i dečko zvali gmiza, zato što nam je delovalo na slici, dala nam je ona sličicu, kao gmizavac neki. I pošto nismo znali muško, žensko, kao gmiza. I ono do nekog četvrtog, petog meseca, mi smo bebu zvali gmiza mali.“ (Saška)

Taj nadimak je po pravilu šaljiv i ne referira na ljudsko biće niti predstavlja ime za osobu (Nevena je plod nazvala pasuljče, Saška - gmiza, Sonja – smoki), ali je istovremeno idiosinkratičan i u nekom smislu predstavlja tepanje. Odnosno, donekle omogućava

vezivanje i taj prvi korak u procesu individuacije bebe. Kao da je to način da budući roditelji prisvoje bebu, da ona postane njihova. Taj način referisanja na plod je nešto što njih dvoje dele i što je ujedno za njih specifično, odnosno što čini da neformirani plod donekle izgubi svoju generičku prirodu. Ovaj nadimak se po pravilu zadržava tokom nekoliko prvih meseci, dok žena ne počne da doživljava prve pokrete koji su značajan preduslov za dalje individuiranje bebe za ženu i njenog partnera.

Ultrazvuk omogućava i da žena sazna jednu značajnu karakteristiku bebe koja joj ni na jedan drugi način nije dostupna – pol. Tada beba za buduće roditelje postaje dečak ili devojčica što omogućava donekle različite okvire za pripisivanje osobina, zamišljanje budućeg života sa detetom, pa i donošenje praktičnih odluka kao što su kupovina stvari za bebu ili biranje imena. Zbog toga informacija o polu igra značajnu ulogu u doživljavanju bebe kao bića sa nekim specifičnostima.

*„Kao kad mi je rekao za pol iako nisam eksplicitno rekla da želim da znam. Kad mi je rekao jaoj to je dečak, ja sam se nasmejala kao da je... I onda me on pitao 'šta se kežiš?' i ja sam rekla 'ne znam'. Mislim stvarno ne znam, zato što, da mi je rekao i devojčica bilo bi mi isto. **Ideja da to nešto ima i pol. To je kao malo živo biće, potpuno neverovatno.** I svaki put kad dobiješ tu vrstu inputa, onda si super.“*
(Una)

U odeljku u kome je razmatrana uloga ultrazvuka u identifikovanju sa trudnoćom istaknuto je to da se ova uloga pre svega odnosi na početne mesece, dok žena još uvek ne oseća pokrete, dok joj čak primetno ne raste ni stomak. Tada sama ultrazvučna potvrda trudnoće koja omogućava da se vidi „nešto“ – što još uvek nije razvijena slika bebe i zahteva neku anticipaciju i domišljanje – čini trudnoću za samu ženu „više realnom“. Time medicinska tehnologija donekle oslobađa ženu neizvesnosti koja je čest pratilac početka trudnoće i brige oko toga da li će se ona održati. Kasniji ultrazvučni pregledi donose još nešto osim potvrde zdravstvenog stanja – oni omogućavaju da se na ekranu vidi nešto što u potpunosti ima oblik i karakteristike bebe i time omogućavaju dodatni korak u identifikaciji sa trudnoćom.

„Pa znaš kako, dok je tako mali, ti negde bojiš se da sve bude kako treba. U strahu si, samo da sve bude kako treba. E onda kad sam ga videla tako kao bebicu u šestom, kao znaš ima prste čoveče, ti vidiš prste, to je neverovatno nešto. Pa to je bilo onako kao fu, znaš vau. Onda tek shvatiš da je mnogo lep

osećaj. Shvatiš da je onako znaš, sad je sve kao u redu. Znaš odahneš negde kao. Dobro ima sve što treba da ima. Nekako to što je to sad veća beba, ono sve više si povezan sa njom i nekako razmatraš ga baš kao biće.“ (Mirjana)

Iako je i dalje ceo narativ obojen staranjem o zdravlju („sad je sve kao u redu“, „odahneš negde kao“, „ima sve što treba da ima“), činjenica da žena može da vidi da je plod koji nosi u stomaku u potpunosti poprimio oblik i karakteristike bebe omogućava dalji korak u procesu individuacije i donosi ženi veliki užitak.

„Negde sa četiri i po meseca, tad sam otišla na ultrazvuk, tad sam videla već i nogice i stopala i kako to izgleda kad se prekrste noge, da to malo može da prekrsti noge i da je već živo. I da mrda rukama, nogama i da pliva, da uživa, da se bavi akrobacijama, da ima dovoljno mesta. I to mi se opet završavalo na tome znači sve je kako treba, to je to. To mi je već bio zanimljiviji ultrazvuk jer se tu zaista dosta toga videlo i stopala i prstići su već tu otprilike. I sve je to počelo da se formira otprilike. Kad krene da mi kaže da ta beba ima već bešiku, bubrege, a ta beba je tolicka. Ona prosto ima 15 cm i to je baš fascinantno.“ (Teodora)

Beba na ekranu čak često pokazuje aktivnost znatno odraslijeg deteta (prekrštene noge, pravljenje kolutova). Takav uvid ženama često budi fascinaciju i one su često iznenađene time koliko rano se kod fetusa razvijaju organi i on poprima ljudski oblik, iako je u pitanju relativno rana trudnoća i plod i dalje ima izuzetno male dimenzije.

„I tad stvarno, kad sam sama uspela na ultrazvuku da razaznam bebu, bilo mi je prelepo. Da, mnogo znači. Mnogo znači, već je poprimila ljudski oblik. I kao vidim da je devojčica i vidim kako se meškolji. Ovo je mnogo zanimljivo. Tad kad sam prvi put videla pravu bebu, malo bucmastiju, ona je još bila malo, znači peti, ona je još bila mala toliko da može da se obrće i da pliva po materici. I dok smo je gledali, znači ona je ležala ovako na leđima i bukvalno je napravila kolut napred pa kolut nazad. To je bilo neverovatno, ona je stvarno ovako u krug plivala. To je bilo neverovatno i ginekolog se smejao, jaoj što je nemirna ova beba i zaključili smo da je mnogo aktivna, da je nemirna. To je bilo preslatko nešto. Stvarno divno. I ona je tako rukama mahala, nogama...“ (Saška)

Veoma je zanimljivo to što se sve tri sagovornice (Mirjana, Teodora, Saška) izuzetno mnogo oslanjaju na svoje otelovljeno iskustvo trudnoće i bebe i to kao da nije ni u kakvom neskladu sa njihovim izrazito pozitivnim odnosom prema tehnološki-posredovanom iskustvu. Ovaj uvid je značajan jer problematizuje prilično čest stav, posebno u feministički orijentisanoj literaturi, o isključujućoj relaciji između ova dva modaliteta doživljavanja

trudnoće i bebe. I pored toga što je ideja o antagonizmu teško održiva, da li je moguće pretpostaviti da dva različita modaliteta iskustva igraju donekle različite uloge za ženu?

Jedna mogućnost koja ima oslonac u narativima makar nekih žena jeste da ultrazvučno iskustvo fetusa doprinosi jednom aspektu individuiranja bebe. Žena na osnovu slike počinje da shvata da „to živo u njoj“ ima oblik bebe, ali to je generički oblik, njena beba po tome liči na sve druge bebe. Žena nema na šta da se na ultrazvučnoj slici osloni kako bi to što nosi u stomaku za nju postalo ne samo beba, već i *njena* beba, biće sa specifičnim karakteristikama. Zbog toga većina pozitivnih izveštaja ostavlja utisak fascinacije slične onoj koju bismo mogli da imamo i mi koji nismo trudni kada se susretnemo sa „magijom života“ ili činjenicom da „nešto od 15 centimetara ima već bešiku i bubrege“ ili da „može da prekrsti noge“.

„Pa negde možda ja čak nisam ni svesna, potpuno šta je tu. Dobro ja znam da je beba i sve super i mi ćemo da dobijemo bebu, ali fascinantno da ti ono dve ćelije...To je recimo, potpuno, mene ono oborilo s nogu. Kad sam bila u Beogradu i sad radili su mi neki ultrazvuk 4d i kad sam videla sliku njegovu znaš, beba prava. On se ovako komeša nešto, ovako stavio ruke, to je nešto super.“ (Mirjana)

Žena koja je trudna svakako ovu sliku znatno emotivnije doživljava (u odnosu na neku koja ne bi bila trudan), jer se taj „neverovatni“ proces odvija u njenom telu, ali tek kada se u narativu pojavi otelovljeno iskustvo bebe, postaje jasno na šta se zapravo žene prvenstveno oslanjaju prilikom prisvajanja trudnoće i vezivanja za bebu. Mirjana, koja nije krila oduševljenje uvidima sa ultrazvuka, na primer, veoma mnogo je govorila o doživljaju pokreta, prepoznavanju obrazaca aktivnosti svoje bebe na osnovu toga, čak i interakciji sa bebom koja je ovim otelovljenim iskustvom omogućena, čemu će biti posvećen naredni odeljak. Na moje pitanje – „Kada počneš fetus da doživljaš kao svoje buduće dete?“, odgovorila je sledeće:

*„Kad počne da te šutira u želudac. E onda shvatiš da je ono.. **Jer vidiš ti na ultrazvuku sve to stoji, ali to je opet samo slika. A ovo kad počne da se trese...**“ (Mirjana)*

U direktnom poređenju dva modaliteta iskustva bebe postaje jasno da ona nemaju isti status za ženu. Tehnološki posredovano iskustvo postaje ono koje pruža ipak „samo sliku“. A slika se doživljava kao manje realistična, ili makar manje relevantna informacija o prisustvu jednog nezavisnog bića od otelovljenog iskustva „šutiranja u želudac“. Ustalom,

slika je „negde tamo“, izmeštena na monitoru koji može reflektovati i nešto nejasno i zavodljivo, a udarac ili to „kad počne da se trese“ jeste nešto što žena ne može da ignoriše ništa više nego javljanje svog sopstvenog tela. Na osnovu ovih povremenih oglašavanja i promena u kvalitetu telesnih senzacija žene veoma često grade sve diferenciraniju i kompleksniju sliku prisustva svog budućeg deteta.

Prepoznavanje obrasca aktivnosti i uspostavljanje interakcije sa bebom

Trudne žene često pokušavaju da prepoznaju u kojim delovima dana i koliko često se njihove bebe „oglašavaju“ i na osnovu toga zaključuju o tome kada bebe spavaju, a kada su budne i aktivne. Tako ovaj *sporadični* doživljaj pokreta pruža osnovu za konstrukciju ciklusa aktivnosti i osmišljavanje bebinog *konstantnog prisustva* u telu žene, iako tokom nekoliko meseci ona o tome ima samo povremene naznake.

„Ne spava kad ja hoću da spavam, to je normalno. Pa hvataš neki ritam. To ide i sa tim kad ja ustajem da piškim, nemam sat da bih sad tačno znala. Ali ... ja mislim da je to negde oko šest sati kad ja moram da ustanem i onda kad se ja vratim u krevet, on se tu nešto budi, drlja, pa onda se i on umiri. Onda isto kad legnem, a to kad god da legnem, onda i on odigra svoju seansu. (...) Ima faze, ali ne znam, to ne mogu da povežem sa nečim da sam ja uradila, kada znam da štuca. E sad da li sam se ja nešto natrpala ili nakrkala, i on tako nešto tu štuca i to ravnomeran pokret, tačno na jednom mestu se pomera. A ove ovako igrarije... ima faze kada ćuti. Recimo sad se evo izđuskao i sada će da ćuti jedno dva-tri sata. ... Pa da, to je sad već ima ritam bebe i kad se rodi. Da ona tu nešto malo drlja, pa spava.“
(Ivana)

Prepoznavanje ritma aktivnosti vodi daljem individuiranju bebe koja postaje biće sa različitim ponašanjima, čak i navikama. Na osnovu toga žene prepoznaju kontinuitet između bebe u stomaku i bebe nakon rođenja. One je već doživljavaju kao nezavisno i u priličnoj meri dovršeno biće.

„Ona ima svoj ritam, sad znam, noću je nemirnija, u stvari ne, kad sam ja mirnija onda se ona rastrči, a kad se ja rastrčim onda ona se smiri. Mada, možda ja nju ne osećam zato što se ja mrdam. ... Tačno ima te intervale kad je budnija i kažu da to posle ponavlja i kad se rodi. Kad je budna noću, jebe mi kevu. Ne kad ja spavam, to ne. Nego kad sam ja budna, sad ono kako sam obrnula dan za noć, onda je totalno aktivna oko dva-tri i tad najžešće se vrti. Baš žešće.“ (Sonja)

Često se prepoznaje i to da aktivnost bebe nije nezavisna od aktivnosti majke, mada je to ujedno i izvor nesigurnosti u pogledu toga da li aktivnost adekvatno opaža. Žene se često eksplicitno pitaju da li je beba aktivnija kada su one mirne tj. fizički neaktivne, ili im to što su mirne samo olakšava da osete pokrete bebe. U procenu aktivnosti ponekad ulazi i kvalitet pokreta koji se osećaju.

„I to sam isto, pošto sam trebala da ga osetim u toku dana, ponekad uveče razmišljam kao da l' sam ga osetila uopšte danas. Obično je to uveče kad gledam TV i gledam tako nešto, obično ga tako osetim. Jer tad se umirim i ležim. Ako je on budan. Tad se oseti kad su onako duži su ti pokreti, da je tad sigurno budan, barem ja tako mislim. Tačno po dužini tih pokreta čini mi se da je budan, da nije to samo san.“ (Anđela)

Prepoznavanje obrasca aktivnosti ženama omogućava da izgrade određena očekivanja i razviju neke svakodnevne prakse koje kao da predstavljaju začetak istinskog odnosa sa bebom. Tako Teodora zamišlja da se ona i beba bude otprilike u isto vreme i ona svako jutro čeka da se beba oglasi.

„E tad je osetim ujutru ili kad se probudim, kao da se i ona tad probudi, tad neki sam utisak sticala, onda krene da lupa po stomaku. I to mi je bilo zanimljivo. Svako jutro sam se tako i budila. Probudim se i sad vidim da li će ona da me lupi tri-četiri puta i to je to.“ (Teodora)

Mirjana prepoznaje da se bebin i njen ritam preklapaju pa zato doživljava da se budi i odlazi na spavanje zajedno sa bebom. Ona se čak pita da li je beba gladna u isto vreme kad i ona sama, jer tada oseća pokrete bebe.

*„Najviše ga uveče osetim, kad legnem u krevet. A ujutru, ono posle kad se probudim, negde posle dvadesetak minuta, onda kreće i on da se budi. ... Jer sam i ja posle u tom nekom periodu gladna, da li je i on gladan, ne znam, ali tad ga recimo osetim. Onda.. Pa nekako i kad treba da zaspim onda se javi, čisto ono, blago, dva-tri puta onako kao da udari **i onda idemo na spavanje.**“* (Mirjana)

Ovakva iskustva ukazuju na veliku bliskost ili zajedništvo koje trudne žene mogu da osećaju sa bebama u stomaku, ali ne i na simbiotski odnos sa njima. Doživljaj zajedništva je upravo omogućen time što je za ženu tokom trudnoće beba razvila relativnu autonomiju.

Zanimljivo je osvrnuti se i na aspekt iskustva koji se u literaturi koja se bavi doživljajem bebe u stomaku po pravilu ne spominje. Uvek je reč samo o telesnom iskustvu *pokreta* bebe tj. o unutrašnjim senzacijama, a nikada o vidovima opažanja bebe od spolja – kada žena uspeva da opipa preko kože stomaka neke delove bebinog tela ili kada čak uspeva da vidi kako se oni ocrtavaju. Ti doživljaji mogu da budu otuđujući, posebno kada se prvi put jave, jer se žena susreće sa nečim u svom telu što ne oseća iznutra, a može da napipa spolja.

„Nekad mogu da joj osetim glavu, izađe ovako tvrdo ovde. Prvi put sam napipala... uf užasno, grozno. Nisam imala nikakvu senzaciju... kao nešto ležimo dečko i ja i on me nešto mazi i kaže šta ti je ovo tvrdo. Šta bre? Beži! I pipnem, znači glava. Tako tog prečnika. Zato što je okruglo. I pipnem i kao aaaaa šta je bre ovo...” (Sonja)

Ipak, nakon tog prvog uznemirujućeg i disocijativnog utiska („*A ovo kad je alien mi je bilo tako nenormalno, a sad mi je totalno normalno. Samo za jedan slučaj što se desilo.*“), to što može da telesno prepozna i zamisli u kom je položaju beba kao da predstavlja osnov za njihovu povezanost i nema nikakav otuđujući efekat, čak suprotno od toga.

„Napipala sam joj glavu ovako kako sam ležala jutro neko. Ležim i baš sam se nešto produžila po krevetu. I kako sam se produžila razvukao mi se i stomak i ovako evo vidiš, cela glava ovde, kako ona leži u istom položaju kao ja ovde. To je totalno bilo blesavo. Imala sam neke fantazije kao veliki čovek, mali čovek i svi smo isto. Kao babuške. I kako sam se ja probudila i kako ona i dalje spava. I žao mi je kao, nek spava još malo.” (Sonja)

U Sonjinom doživljaju beba je potpuno autonomno biće, ona o njoj govori kao o bebi koja je već rođena. To što je od spoljašnje stvarnosti deli koža stomaka i što se faktički nalazi u njenom telu kao da je potpuno kontingentna okolnost. Ovakav doživljaj bebe je veoma čest kod žena koje se oslanjaju na svoje otelovljeno iskustvo kako bi pratile nezavisni tok bebinih reakcija. Na osnovu toga one su čak sklone da pripisuju bebi neka psihička stanja, motive, pa i karakterne osobine.

„I onda ti to prosto, mrda ti se stomak a ima i foru, da bi me maltretirao verovatno, kao da radi u isto vreme i rukama i nogama pa se na sve strane nekako rasprostire. I prosto ne možeš da sedneš nego prosto moraš da ustaneš, da se pomeriš, moraš da reaguješ nekako. (...) Mislim da je to neka njegova potreba da nešto uradi.” (Ivana)

Takođe, prilikom komentarisanja bolnih ili neprijatnih senzacija koje izazivaju pokreti bebe Ivana je rekla da smatra da „*on to radi zato što ili je jak ili je prosto bezobrazan, nešto od ta dva je*“. Ona prepoznaje i da beba nekada reaguje na njene pokrete i položaje, a i sama oseća potrebu da se prilagođava bebi. U svakom slučaju je zamišlja i doživljava kao psihički kompleksno biće koje je receptivno za stimuluse iz sredine, koje ima predosećanja, motive, reakcije, preferencije itd. Odnosno, na osnovu svog otelovljenog iskustva, zamišlja ga kao nezavisnog i u priličnoj meri razvijenog subjekta.

„*To kad legnem, mislim da **on oseti da ja hoću da spavam, pa mi ne da**. Ili je tad ono nešto ili se on namešta i sad ne znam, **ali baš se osećamo**. Ali to da li ja sedim ili stojim, ako mu je vreme da on odradi to svoje i to je ono mislim prosto te cimne i prosto praviš neki pokret kao dobro da se namestiš prosto njemu. (...) I reaguje, baš reaguje. Neke položaje **ne voli** uopšte ali šta ćeš.. I kad pritisneš stomak, **ne ostaje nikom dužan**. Mislim i na ultrazvuku se **svađa** sa... prosto oseti dete da ga pritiskaš i onda on udara, **pokušava nešto da uradi**. I sad sam bila na CTG-u i sad ona treba da nađe srce da čuje, u stvari to ide zapis i morala sam kao i da pritiskam, ona se drala na mene da li sam ja to ili nisam, ne držim vam to tamo, a on u stvari kako ona ode tako on nogom i sklizne mi. (...)I provalila sam da reaguje na brata, znači na buku od njega ili od neke druge dece, onda **kao i on bi da se igra**. I to mi je baš bilo kao dobro, ajde jedanput, dva puta i onda sam počela kao da nešto hvatam i to kad ovaj nešto ciči, skroz se super zabavlja, e tada bi nešto i on da.. Mislim što će tako nešto biti verovatno i kad izađe...“ (Ivana)*

Već smo spomenuli da je pojavljivanje bebe kao nezavisnog subjekta preduslov da se sa njom stupi u interakciju. Ovo deluje kao najviši stepen individuacije bebe, time i njene razdvojenosti od majke, ali ujedno i kao najviši stepen bliskosti (ne simbioze!), jer žena skoro sve vreme ima bebu u vidu, receptivna je za njena oglašavanja i, makar zamišljene, potrebe i tome prilagođava svoje ponašanje i funkcionisanje. Ono što se razvija u tom fenomenološkom prostoru koji je omogućen otelovljenim iskustvom najpre se može nazvati *intersubjektivnošću*.

„*E da ova komšinica mi je otkrila foru, kaže češkaš na drugu stranu stomaka i ona dođe tu. I to je moje prvo **iskustvo komunikacije s detetom**. Da sam ja bila kao ma daj ajde beži, za to češkanje. I onda sam probala, tako ležim i džaram, a bila je manja, sad odavde dovde ima da se piči, to tako izgleda, tako sam barem ja zamišljala. I ja ovako i posle jedno dva minuta pap tu. Joj, bila sam totalno oduševljena. Ladno me je poslušala, reagovala. I baš sam ono u fazonu, ful komunikacija. **Sad***

ozbiljno pričamo. *Ja sam se oduševila. A s druge strane slušam i ja nju. Provaljujem kad se ja nešto ne namestim, pošto ja na poslu sedim ovako uglavnom, jedino što se modifikovalo, kao raširim malo noge. I krene baš ovde dole, čuka, čuka, čuka i baš udara, ne naglo nego to refleksno kad joj odleti noga ili šta joj već odleti. I onda dobro sorry i onda ovako premestim se i smiri se. I onda ja opet ovako i opet znaš. Kao ok dobro de. I onda se namestim ja da njoj odgovara i tako malo je cimmem kad ona meni, pa se nekako namestim.*“ (Sonja)

Zanimljivo je da je dodatni uvid o tome da preko površine svog tela može da izazove reakciju kod bebe Sonja dobila na ultrazvučnom pregledu na osnovu reakcije lekara. Ovde je slika bebe omogućila da se vidi njena reakcija i da Sonji postane neposredno jasno da je ovakva vrsta interakcije moguća.

„I sad ona se okrenula njemu i ne odgovara mu nešto i doktor ovako s onim džždždždžd, stisne onako fino ali na snimku deluje kao da je mućka. 'Ej kao, pa šta je? 'Pomeri ruku!' I ona pomeri ruku. Ladno kao jeste Vi nju cimnuli i ona je pomerila ili kao... Pa da. To mi je bio prvi insight da to može, posle smo nas dve tu, dobro to češkanje i to smo pre toga probale. Ali ovu varijantu sa tipa ajde je malo ćušnem kad je mirna i onda ona buć, buć, buć, mrdne se.“ (Sonja)

Mirjana takođe opisuje nešto što predstavlja kompleksnu interakciju sa bebom. Ona tumači njene pokrete kao da nose neke poruke i povezuje ih sa svojim ponašanjem. Prepoznaje da beba reaguje na neke položaje njenog tela, na njena raspoloženja, čak veruje da igraju zajedno uz muziku.

„I onda nekako se povezujete, razumete. To je neki nemušti jezik. ... I reagujemo jedno na drugo. *Kako da ne. Kad se savijam tipa obuvanja, izuvanja, usisavanja ili tako nešto, e posle toga kad se ispravim malo me gore lupi, kao 'šta mi to radiš?'. ... Pa ja kad, ja se retko nerviram, stvarno, ali kad recimo popizdim, stanem i lepo osećam pap, pap, pap. Što su neke reakcije ono kao 'e nemoj sad', znaš. Možda tripujem sad ali.. Da, ili kad slušamo muziku, to je neverovatno. Čoveče, slušam muziku i sad tražim tako nešto i sad kad mi je neka stvar dobra, ja odvrnem malo bolje i đuskamo, ja mnogo volim da igram. I onda sa njim i onda kao vu, vu i znači ja stanem a on nastavi fuf, pup, fuf.“* (Mirjana)

Mirjana ovu vezu sa bebom opisuje kao „krajnje instinktivnu“ i teško joj je da je objasni, ali na osnovu njenih opisa deluje da se ona u potpunosti oslanja na otevljeno iskustvo.

„Pa znaš šta, bebu možeš da osetiš, ali to je neka neopisiva veza, baš je krajnje instinktivno. To ne

možeš da kažeš e na osnovu toga i toga, ja znam da je to i to. Nego prosto znaš. Znaš. Ja i on znamo. Aha dobro sad ćeš da se pomeraš malo, nema veze, ajde sad se malo spusti.“ (Mirjana)

Svi ovi opisi ukazuju na situaciju u kojoj žena deli telo sa svojom bebom koja zauzima značajno mesto u njenom fenomenološkom prostoru tj. svakodnevnom iskustvu trudnoće. Ova specifična situacija otelovljenosti (gde žena nije sama u svom telu) može se doživljavati i interpretirati na različite načine, a svakako vodi značajnim promenama u ženinom funkcionisanju.

Deljenje tela: dualitet i gubitak privatnog prostora

*„Kad sam gledala neku BBC emisiju zove se 'Taking over the body'. I strašno me faciniralo. Ide cela priča, kao šta se dešava za vreme trudnoće, do porođaja. I sad prate neku ribu koja je trudna i cela ta priča šta se njoj dešava. Cela priča jeste o tome da je beba neki vanzemaljac... pa taking over se zove. I jeste naglasak šta se desilo sa majčinskim telom. Da se prvo njoj pomera, materica širi, ovo se gura, ovo vamo, dijafragma se diže, pa zato ne može da diše. Pa se sve to sad skućeno, ne možeš da jedeš mnogo. ... Ja sam baš o tome razmišljala kad sam gledala pre jedno dve-tri godine, brate ovo dete mnogo naporno, pri tom ne možeš da dišeš. Da trudnice tri puta češće udahnu u minuti...I **ja sam očekivala da će beba da me spopadne sa svih strana**, jer sam ja non-stop tako pesimistična i tako u sve nekim brigama i lošim ishodima. Vidiš baš mi palo skoro na pamet kako uopšte ništa tako nisam doživela. Pretpostavila sam kao živeću gore nego tad. (...) Osećam to, da, ali je to tako da sve se polako dešava.... **To uopšte nije invazija tela nego je sve dualitet, kao zajedno smo u istoj priči. Ja njoj smetam i ona meni smeta, ja njoj prijam i ona meni prija, tako nekako kontam. ... Ja sam baš u fazonu da se nas dve družimo. To je baš ono kako ja doživljavam.“ (Sonja)***

Dokumentarna emisija koji Sonja spominje zove se “Body Story: The Takeover“ (1998, reditelj Leanne Klein, Discovery Channel, Channel Four & ITEL). U njoj se proces trudnoće rekonstruše tako da se naglasak stavlja na aktivnu ulogu fetusa koji na prilično agresivan način transformiše ženino telo kako bi obezbedio preživljavanje. Oslanjajući se na naučni diskurs, ovakva reprezentacija dramatičuje čitav proces trudnoće, antropomorfizuje buduće ljudsko biće skoro od trenutka kada se ono sastoji od nekoliko stotina ćelija i nevidljivo je golim okom i odnos između majke i bebe predstavlja isključivo u terminima sukoba, osvajanja i podređivanja. Pored toga, iako film prati ženu i promene

kroz koje ona prolazi, ni u jednom trenutku ne čujemo njen glas niti iskustvo iz prvog lica. Ona je u potpunosti svedena na prirodnonaučni objekat. Sa jedne strane njeno telo učinjeno je transparentnim, pa pratimo promene u unutrašnjosti njenog organizma putem kompjuterske simulacije unutrašnjih procesa – poput cirkulacije i lučenja žlezda, kao i razvoja zigota. Sa druge strane, možemo da *vidimo* njena ponašanja i reakcije – povraćanje, prevrtanje po krevetu zbog nemogućnosti da zaspi, unošenje velikih količina hrane, bolni grč na licu pri nastupanju kontrakcija – ali nikada i da čujemo kako ih je ona doživela⁷⁹. Spomenuta dokumentarna emisija nije usamljen slučaj kada je reč o ovakvom tipu reprezentacije trudnoće i uloga bebe i trudne žene. Čak je Sonja sama spominjala i druge izvore – u jednom članku iz novina je čitala o tome kako je prirodno da telo majke odbaci plod s obzirom na to da je on napravljen i od majčinih i od očevih ćelija i tretira se kao strano telo. Pisalo je da posteljica igra suštinsku ulogu jer kamuflira tuđe ćelije i onda ih majčino telo ne napada i to je prokomentarisala sa „*vau, kakav fakt se odvija između majke i bebe i to tako 9 meseci*“.

Medicinska reprezentacija mnogobrojnih i velikih promena koje se odvijaju u organizmu žene i koje jesu posledica trudnoće i prilagođavanja na bebu široko je dostupna i ženama po pravilu poznata. I ova reprezentacija adekvatno opisuje procese u telu trudne žene, ali je ovaj opis dat iz perspektive trećeg lica. Distancirani pogled situaciju trudnoće rekonstruiše kao ugrožavajuće i otuđujuće iskustvo za ženu. Na osnovu poglavlja o *doživljenim* telesnim promenama koje sledi biće jasno da većina žena, i pored negativnih iskustava koja odgovaraju medicinskoj reprezentaciji, ne doživljava trudnoću kao otuđujuću ili ugrožavajuću. To što negativne simptome uspevaju da povežu sa procesom trudnoće zapravo omogućava ženama da ih prihvate i interpretiraju u drugačijem svetlu, pa čak i da ih neposredno dožive kao manje neprijatne. Sonja je, na primer, opisivala svoje iskustvo koje po mnogim karakteristikama odgovara onome što je u prikazano u emisiji o kojoj govori: beba joj pritiska dijafragmu i ona ne može da udahne dovoljno vazduha – zadiše se čak i dok priča tokom intervjua; ona joj pritiska bešiku i želudac, pa ne može da jede koliko bi želela i oseća čestu potrebu za mokrenjem; oseća povišenu potrebu za

⁷⁹ Umesto toga slušamo muškog naratora koji komentariše dešavanja nezainteresovanim i neaficiranim tonom, koji je sličan onom iz serijala „Opstanak“ ([http://en.wikipedia.org/wiki/Survival_\(TV_series\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Survival_(TV_series))).

šećerom i veruje da to „beba vuče sebi“, jer rezultati pokazuju da joj je šećer na donjoj granici; kukovi joj se šire i pripremaju za porođaj, a čak je u jednom trenutku razgovora eksplicitno rekla „sve joj više ustupam sve moje unutrašnje organe“. I pored ovakvog otelovljenog doživljaja, ona prisustvo bebe doživljava ne kao invaziju („ja sam očekivala da će beba da me spopadne sa svih strana“), već kao „dualitet“ i zajedništvo. I upravo joj ova situacija deljenja tela omogućava da se „druži“ i bude u interakciji sa bebom i pre rođenja.

Deljenje tela sa bebom svakako ima i, uslovno rečeno, negativnu stranu, jer, na neki način, podrazumeva gubitak najprivatnijeg prostora. Žene često osećaju da ne smeju sebi da dozvole negativne emocije, stres i nerviranje jer sve to utiče na bebu. Dakle, ne samo da treba da se uzdržavaju od supstanci i praksi koje fizički utiču na telo (alkohol, lekovi, fizičko naprezanje), već treba da vode računa i o svojim psihičkim stanjima i reakcijama, jer i one utiču na bebu.

Nevena je u jednom periodu na početku trudnoće imala veoma stresnu životnu situaciju izazvanu nekim ranijim konfliktima i ona je osećala veoma veliku odgovornost prema bebi koju nosi u stomaku i pokušavala je da prilagodi svoje reakcije i ponašanje. Ona je podrazumevala da beba oseća njen stres i nervozu i da trpi zbog toga.

„Osećala sam odgovornost, u smislu i... prosto stres je nemoguće izbeći, zaista. Ali ta odgovornost da ga svedeš na što manju meru. Onako kad si sam, pa onda pustiš sebe da sagoriš u tom stresu, u tom besu, bilo čemu. Sad ono kao bukvalno svest o tome da ne smeš da sagoriš, da to nisi samo ti nego si ti i još neko. I recimo meni je jak, baš jak taj osećaj bio... Ovo stvorenje je potpuno nedužno za bilo šta i nema potrebe da se na bilo koji način stresira zajedno sa mnom. Jer šta god da mene muči, to su moje muke, ali ja preko sebe prenosim to i na dete, to je nefer. Nefer je za to jedno biće koji nema nikakav problem u životu svom, da mu ja to sad stvaram. (...) I sav taj period kad je trajao taj konflikt mi se činio jako nefer ... u fazonu jer sam se tad zaista ono stresirala i baš sam bila joj jadna ona beba, šta prolazi sa mnom. Joj jadna beba, ja sad plačem, što ona mora da proživljava ove suze, tako sam nešto mislila.“ (Nevena)

Nevena je pokušavala da reflektovano i strateški pristupi konfliktnim situacijama iz obzira prema svom stanju. Pokušavala je da predvidi svoje reakcije i da odloži ili izbegne prilike za nerviranje.

„I na taj način sam gledala da taj stres, tu sam svesno uticala na nešto da odložim, da što manje

prolazim kroz to. ... Recimo ranije kada su bile te svađe ja bih uvek ostajala do kraja i svađala se i terala do kraja da se to reši. A taj momenat kad znam da sam trudna ... ja sam odustajala od svađe i uradila ono što najviše mrzim da izađem i zatvorim vrata za sobom. Ali sam to zaista radila iz odgovornosti prema tome da ne doživljam stres radi bebe.“ (Nevena)

Žene počinju veoma rano da osećaju odgovornost prema detetu, mnoge od početka trudnoće i ovaj osećaj odgovornosti ih prati i pošto se beba rodi. Sonja ističe kako otac ne može da se oseća na isti način, jer nema iskustvo deljenja tela sa bebom i vođenja računa o svakoj svojoj reakciji.

*„Juče me uvatilo sad celo to sranje zbog faksa i svega, opet sam pala poslednji ispit. I volela bih da tugujem. Znači volela bih da se napijem pod jedan. Ili ako ništa drugo, volela bih da odtugujem, otplačem, šta god, da se nekako ispraznim. ... I onda baš kažem dečku... **čudna ta odgovornost, koju on još uvek ne oseća, jer on je fiktivno roditelj** i cela ta priča. Ja ne smem da budem tužna, ja ne smem da popijem lek... Ne smem da budem mnogo nervozna. Znaš jer kompletno, juče mi se nakupilo svega od ispita...I baš je počelo da me boli, baš sam bila... i sekret to ludilo, odmah kreće i baš sam bila se i uplašila malo i onda sam bila... kao ajde, idem kući da malo odspavam, da iskuliram, nemam pojma. I razmišljam kako bih možda i išla negde, ali to nije odgovorno. I realno dete je sad žešće nervozno, zbog te moje nervoze. I onda shvatim kako je čudno, **to je sve sad luksuz, ne smeš da budeš tužan**... Onda se setim da moja mama nikad nije htela da bude tužna preda mnom i kako se krila i ne znam šta. ... Ali što kaže mene je zakačilo već. Mene kači već par meseci unazad. Tačno osećam. A on neće ni da doji. A ja moram, meni mleko zavisi od toga kako se ja osećam. I cela priča koliko ja već furam odgovornost prema detetu i kako je čudan osećaj. Kako već imaš svest da više ništa neće biti isto. Onda ja prosto nemam luksuz da sednem i plačem. A treba mi to, to je moj ventil.“ (Sonja)*

Uobičajene emocije koje su do tog perioda mogle da se slobodno izražavaju (bes, tuga) kao da za ženu postaju „luksuz“. Pritom se žena onda nalazi u pomalo bezizlaznoj situaciji, jer su joj oduzeti resursi koji su joj omogućavali da se oseti bolje (plakanje, izlazak, sedativi) kao takođe štetni, pa to može da dovede i do pogoršanja negativnog stanja, za koje je sve vreme svesna da potencijalno ugrožava bebu, pa je to dodatno opterećuje. Ova donekle klaustrofobična pozicija posledica je toga što žena gubi najprivatniji prostor koji ima, jer počinje da ga deli sa Drugim.

Ishodi procesa individuacije bebe

Deluje da žene u sasvim različitom raspoloženju očekuju rođenje bebe u zavisnosti od toga kako je tekao proces njene individuacije tokom trudnoće. Kao ilustraciju ove teze izložiću dva, po mnogo čemu, različita slučaja.

Veoma mali deo Majinog narativa o trudnoću, u poređenju sa nekim drugim sagovornicama, bio je posvećen doživljaju pokreta bebe. Ona je govorila o tome da je njena beba veoma mirna i, iako je osećala pokrete od kraja četvrtog meseca, ona te pokrete nije distinktivno doživljavala kao otelovljeno iskustvo aktivnosti bebe. Tek kada se u devetom mesecu skoro potpuno razvijena beba pomera, ona može da oseti u svom telu nešto „živo“.

„Telesni osećaj do devetog meseca... ne možeš ti da imaš ono kao osećaj da unutra imaš bebu. E onda kad beba poraste, ovako sad kad si već pred termin, ti onako već osećaš kad ona krene da se protegne, pa onda osećaš i s leve i desne strane da to je nešto veliko. Ako se protegne, ja prosto osećam da je to nešto živo u tebi, da... da nešto postoji. Znači tek u devetom mesecu kad ona postane velika. Dok je mala ne, apsolutno ne možeš da imaš nikakav telesni osećaj da nešto raste u tebi. Ništa.⁸⁰“ (Maja)

Maja je ujedno isticala značaj ultrazvuka za to da beba postane realnost za nju i da se na neki način konkretizuje, jer, na osnovu otelovljenog iskustva (Maja uveliko oseća pokrete u vreme UZ pregleda o kome je reč), ona ima sasvim neodređeno prisustvo.

*„Ta slika sa ultrazvuka je prosto, baš se vidi beba, lik bebe to prosto.. I mnogo čudan je osećaj. **Ti sve vreme si kao svestan, trudan si i dobro, imaš nešto u sebi.** Al ti to nešto ne možeš da zamisliš. Ti ne znaš uopšte kako to izgleda. I onda kad vidiš to taj prvi ... onako malo sam se brećnula. Znaš, uplašiš se, kao jaoj pa to je beba. **Tek onda postaneš svestan kad vidiš na ultrazvuku.** (...) Kad sam videla na 4d formiranu bebu, tek onda sam bila svesna, aha, to je beba.“ (Maja)*

U Majinom slučaju jasna je uloga koju ultrazvuk može da odigra u procesu individuiranja – „nešto“ što ima u sebi za nju postaje beba. Na moje pitanje da li smatra da razlog toga što je ultrazvuk ostavio tako snažan utisak na nju leži u činjenici da je njena beba mirna i ne oseća je dovoljno, ona odgovara:

„E to ti kažem, da, tek onda postaneš svestan da to što imaš u sebi je beba. Da, da, da. Do tad ti je nešto,

⁸⁰ Majino iskustvo je sasvim suprotno, na primer, Saškinom: „I tačno sam osećala kako dobija snagu i kako raste. Znači od tih ribica do onako malo jačih udaraca, ovako me raspali me ručicom. A sad već je super zato što nema mesta, pa se samo meškolji i gura, ne udara nego te gura, pošto nema mesta. **Baš sam osećala kako raste.** To je super.“ (Saška)

*ti kao misliš aha to ti je nešto, nešto ali to nešto ne zamišljaš uopšte kao da je čovek. Da ima ljudski oblik. Čudno je to prosto, ali **nemaš osećaj šta je to nešto...**" (Maja)*

Na osnovu Majinog narativa, deluje mi da ova ispitanica nije prošla kroz proces individuacije bebe. Slika sa ultrazvuka, iako zauzima veoma bitno mesto u njenom iskustvu trudnoće, ipak može da joj pruži samo doživljaj jednog generičkog i nedovoljno specifikovanog objekta/subjekta. Maja nije referirala ni na jednu njenu osobinu ili specifičnost svoje bebe, niti je opisivala vidove interakcije koji su se javljali u iskustvima drugih žena. Razlog leži u činjenici da se beba za nju nije pojavila kao nezavisno biće tokom trudnoće, pa je ona zadržala simbiotski odnos koji je karakterističan za prve mesece. Kao posledica toga, ova sagovornica iskazuje nešto što se najpre može prepoznati kao izraz separacione anksioznosti zbog činjenice da će beba nakon porođaja postati zasebno biće.

*„Jedna stvar koja mi je simpatična kad pomislim, mislim kako ja to smešno razmišljam, ja sad nekako imam bebu samo za sebe. **I ona je u meni i to je to. Znači ona je samo deo mene.** I onda razmišljam kad se porodim ja ću nju onda da delim sa svima. **Malo suludo deluje, da, ali kao kako ću ja nju da delim sa svima, ona je sad samo moja, a posle porođaja će da bude svačija.** Tako da malo eto tako shvatam.. To mi je padalo na pamet, ona je sad u meni i samo je moja.“ (Maja)*

Razmotriću i sasvim suprotan primer. Sonja je razvila veoma diferenciranu sliku svoje bebe i doživljava je kao nezavisno biće. U citatu ispod data je njena reakcija na to što je neko referirao na bebu nadimkom koji joj je dat na početku trudnoće. I na osnovu te reakcije jasno je koliki se pomak u njenom doživljavanju desio tj. koliko je beba pri kraju trudnoće različita od neodređenog, nediferenciranog bića koje je konstituisano na osnovu ultrazvučne slike na početku trudnoće.

*„Na primer, bila mi je juče drugarica. I mi smo u međuvremenu bebu zvali smoki. I ona, inače nismo se videli neko vreme i ona mene zove i kaže 'šta radi smoki?'. Ja kažem 'brate, to nije smoki'. Prvo smoki je muško, totalno van entiteta. Uopšte ne mogu da se povežem. Sad Milica, **totalno drugo biće. Ona je sad živa, ona sad mrda, ima narav. Ima ime. I baš je onako malo biće za sebe.** A smoki je bio više fantastičan izum. Muškog roda, blago bespolan, neosetan. Kad mi je rekla smok,i to mi je delovalo kao dvesta godina unazad. Znaš to je sad Milica, to je sad biće. Videćeš ti. **To samo ja znam.** Još niko ne zna. Videće tek kad se rodi.“ (Sonja)*

Za Sonju je beba prisutna kao potpuno odvojen i dovršen subjekt – neko ko ima nezavisno ponašanje, ličnost, ime. I ova sagovornica je svesna da to „samo ona zna“ tj. da joj činjenica da nosi bebu u stomaku omogućava privilegovani pristup. Sonja čak zamišlja i da taj pristup nije jednosmeran tj. da i ona ima privilegovanu poziciju za bebu. Uverena je da beba različito reaguje na nju u odnosu na druge ljude, tj. da prepoznaje kada ona dodiruje stomak. To samo dodatno podstiče povezanost i interakciju sa bebom.

„Ja kad pipnem ne prestane odmah da se pomera, ume da se baš onako mulja. Nekad me onako uplaši, ja stvarno mislim da hoće da iskoči, ima neke zalete, vu levo, vu desno. A kad drugi pipnu onda odmah stane. Ja mislim da ona prepoznaje... Ili oseti pokret ruke. (...) A inače kad se mrda, ništa se ne pomeram, osim što je malo drmnem, pomazim. Drmnem je kad baš pretera.

B: Je l' prestane da se mrda kad je drmneš?

*S: Ne. Zato što je izgleda **svojeglava**, a ja sam sve popustljivija. I sve joj više ustupam sve moje unutrašnje organe.“ (Sonja)*

Kada je beba tokom trudnoće neproblematično individuirana, često se doživljava i zamišlja kontinuitet između bebe u stomaku i bebe pošto se rodi (činjenica da je beba trenutno u njenom telu se pojavljuje kao sasvim kontingentna okolnost). Ovog novog subjekta žena, pre svega na osnovu svog otelovljenog iskustva, u velikoj meri upozna i pre rođenja, pa kad se beba rodi, to samo predstavlja dovršenje jednog dugog procesa.

*„Mogu da joj zamislim sve na telu, ruke i noge i izraz lica, ali uopšte ne mogu da zamislim nju. Crte lica su mi potpuno blurovane. Ona, Milica, već ima neki identitet i ne mogu da je zamislim ko repliku mene ili oca. ... Jedva čekam više da izađe da se upoznamo. **Mislim znamo se nas dve, ali da se upoznamo zvanično.**“ (Sonja)*

* * *

Iako je u prethodnih nekoliko odeljaka sve vreme bilo reči o otelovljenom iskustvu žene, u fokusu je bio pre svega jedan specifični aspekt tog iskustva – doživljaj unutrašnjosti stomaka i pokreta bebe. U narednim odeljcima osvrnućemo se na neke druge aspekte telesnog doživljavanja i funkcionisanja koji prolaze kroz značajne promene tokom trudnoće i veoma su relevantni za to kako žena doživljava sebe i svoje stanje.

Telesni aspekti trudnoće: oglašavanje i tumačenje visceralnog tela

"Female bodies, and especially pregnant and newly maternal bodies, leap, drip, squirt, expand, contract, crave, divide, sag, dilate, and expel. It is hard not to see why such bodies have long seemed to have dubious, hard to fix, permeable boundaries. And to the extent that we take the integrity and boundaries of the body as integrally intertwined with the integrity and boundaries of the self – and we have done so, at least throughout the history of Western culture and probably beyond – these dubious boundaries have been the source of various species of intellectual and visceral anxiety." (Kukla, 2005:3)

Izraz „drugo stanje“ veoma dobro opisuje promene i odstupanja od uobičajenih telesnih doživljaja, ali i navika, ponašanja, koja su karakteristična za period trudnoće. Ove promene odnose se pre svega na transformacije tela, ali i na uobičajene prakse njegovog nadgledanja i tretiranja i svakako postavljaju nove i velike zahteve pred ženu kao subjekta. Na koji način se telo pojavljuje za ženu u situaciji trudnoće? Prisustvo tela u trudnoći je kompleksno i situacija trudnoće kao da ženama na *postojaniji* način čini telo prisutnim. Žene su u mnogobrojnim situacijama, ponekad i sve vreme, svesne svog tela, njegove težine, ispušćenog stomaka, oteklih grudi, bebe koja se u njemu nalazi.

*„Ja osećam, u svakoj sekundi sam svesna svega. Nikad ne zaboravljam. Čak sam se plašila jaog možda se noću okrenem na stomak, pošto volim da spavam na stomaku. Toga sam se ja plašila, ali mi se to nikad nije desilo. Imam osećaj da konstantno mi je mozak ono na to usmeren. I da čitala sam da kao trudnice počinju da zaboravljaju i da treba da pišu na papir. I onda kao nema medicinskog objašnjenja, već one samo misle na bebu. I ja sam idealan primer za to. Zato što stvarno ne mislim ni na šta drugo, mislim samo na bebu. Ne znam kako sam položila ispite, kako sam se skoncentrisala. Pošto stalno mislim na bebu i ne može ništa da mi promakne da pogrešim. ... **U svakom trenutku sam svesna svog stomaka i njenog prisustva.** Nikad mi se ne desi da zaboravim na to da sam trudna i na nju. Baš sam ono usmerena samo na nju. Eto čak i u snu ne desi se da legnem na stomak.“* (Saška)

Saška prepoznaje da je u potpunosti usmerena na bebu i da je u svakoj sekundi svesna njenog prisustva. To podrazumeva i otelovljeno znanje o tome da je trudna i spontano praktično postupanje koje čuva bebu i ne ugrožava je. Ovo „znanje“ je tako prisutno da oblikuje njeno ponašanje čak i kada nije svesna – ona se, iako „ceo život spava na stomaku“, nijednom u snu nije okrenula na stomak. U prethodnom delu analize videli smo da se beba za ženu tokom trudnoće pojavljuje kao sve diferenciranije i autonomnije

biće. Ipak, beba nije samo eksplicitno prisutna u ženinom iskustvu. Ona je prisutna i implicitno, skoro sve vreme. Ovo implicitno prisustvo podrazumeva pojačanu usmerenost na sopstveno telo koje konstantno u iskustvu figurira kao nešto što treba štititi i sa čim treba pažljivo postupati.

Žene osluškuju različita oglašavanja tela, ne samo ona neprijatna, i pitaju se jesu li ovi znaci povezani sa procesom trudnoće. Svako javljanje tela, čak i sasvim bezazleno i skoro neprimetno, potencijalni je indikator nekog procesa koji je njima nedostupan, a koji je možda važan za njihovo zdravlje i zdravlje bebe. Žene često izražavaju ovaj epistemološki problem kada kažu „ja sam po prvi put trudna, ne znam da li je ovo nešto značajno ili ne, sledeći put ću znati“. Makar u prvoj trudnoći, telo se za njih pojavljuje kao nešto nepoznato i veoma često eksplicitno prisutno i tematizovano u iskustvu.

„Uglavnom uvek tu nešto ima da te malo podseća, nije prvo stanje, drugo stanje je i uvek nešto ima... različite su stvari. Nekad je ovo, nekad je ono, ali nikad nije bilo e sad ništa mi ne fali. Uvek nešto ima, nikad ti nije super.“ (Anđela)

Telesni simptomi u trudnoći, iako neretko neprijatni, po pravilu ne predstavljaju problem za ženu sami po sebi – zato što su bolni ili neugodni – već su relevantni kao potencijalni indikatori nekog patološkog stanja ili znak da one rade nešto što može biti štetno po bebu.

*„Malo me prepone bole. Ali opet to je od pritiska bebe i to kad duže sedim ili ako duže hodam. Verovatno je tad veći pritisak pa se oseti neki bol, **ali to nije neki neizdržljiv bol. Samo mi je bio problem u početku dok nisam znala zbog čega mi je taj bol.** I onda sam pitala doktora za to. Mada sam i pre nego sam otišla kod doktora, pričala sa, ne znam, mama, svekrva, drugarica, svi tvrde da je od toga, a onda i doktor je rekao da to beba pritiska. Dosta sam ja stvari pitala. Ne znam sad poslednji put kada sam bila, pitala sam ga kada ležim noću na strani da me na toj strani udara beba. Pa sam se ja plašila da možda ja nju ne pritiskam pa da se ona jednostavno buni. Međutim doktor smatra da ja apsolutno ne mogu nju tako da pritisnem i da to nema nikakve veze. Pa sam se malo što se toga tiče opustila. Eto to mi je od početka trudnoće najveći problem da nešto ja ne pogrešima da nešto ja ne naudim bebi. Mislim to mi je jedini problem.“ (Tamara)*

Bol sam po sebi Tamari ne predstavlja neki problem, problem je predstavljalo to što nije znala njegovo poreklo i to je doprinosilo njenoj anksioznosti u vezi sa trudnoćom.

Razrešenje epistemičke neizvesnosti ukida bol kao problem. On zapravo nikada i nije bio interpretiran kao telesni problem za samu ženu, već samo kao potencijalni indikator nekog stanja koje može da bude štetno za bebu. U Tamarinom slučaju je jasno da se medicinsko znanje, i lekar kao nosilac tog znanja, pojavljuju kao primarni činilac razrešenja epistemičkog problema. Ona se oslanja i na iskustva bliskih ženskih osoba iz okruženja, ali one kao da nemaju dovoljan autoritet. Iako nemaju sve sagovornice u toj meri nekritički odnos prema lekarima i medicini poput Tamare, ni kod jedne od njih autoritet medicinskog znanja nije doveden u pitanje.

Ipak, ne treba pomisliti da je *eksplicitno* prisustvo tela ograničeno na situacije u kojima se žena pita da li je nešto što oseća potencijalno važan indikator, posebno indikator nečeg lošeg. Nije telo uvek izvor anksioznosti, njegove transformacije su ponekad povod za fascinaciju i uživanje.

„I onda je meni to saznanje da sam trudna, meni je sve to bilo fascinantno. Mislim maltene onako kao dete kad uči da hoda pa onda gleda svoja stopala. Onda sam ja gledala nokte, gledala kožu, sve mi je bilo strava. Stomak sam zagledala. Svaki znakić sam zagledala. Baš mi je bilo zanimljivo. I čim sam prestala da spavam toliko onda sam počela da uživam.“ (Una)

Unino iskustvo je dobar primer estetskog odnosa prema telu o kome je bilo reči na kraju poglavlja o fenomenologiji (Gadow, 1980). To ne čudi ukoliko se setimo njenog opisa odnosa prema sopstvenom telu koji je uspostavila tokom života i sa kojim je ušla u trudnoću: *„telo mi je bila baš zona sigurnosti celog života“*. Deluje mi da kao posledica tog odnosa ova sagovornica ima poverenje u kapacitete svog tela i da na njegove promene gleda sa interesovanjem i uživanjem, a ne sa zabrinutošću i strahom.

„E da najlepší fenomen u trudnoći meni, to mi je ono... the thing. Sad kad smo bili na moru, stomak se okreće ka suncu. To... to je najlepší stvar koju sam ja mislim ikada doživela. Kad nije prejako sunce, negde oko sedam sati. Mislim ne stomak, beba ide ka izvoru svetlosti koje nije prejako, koje ga greje. I mislim dečko je stajao iza mene i gledali smo zajedno, evo ovako, stomak promeni oblik skroz.“ (Una)

Ovaj opis je paradigmatičan slučaj pojavljivanja tela kao objekta koji ne samo da je eksplicitno tematizovan, već i pokazuje izvestan stepen autonomije. A ipak, ovo pojavljivanje ni u kom smislu nije ugrožavajuće po ženu, čak joj predstavlja osnov za izrazito prijatno i ispunjujuće otelovljeno iskustvo.

Ipak, u mnogim svakodnevnim situacijama, čak i kad nema negativnih konotacija, trudno telo žene stavlja pred epistemološki problem. One imaju potrebu da razumeju šta se sa njim i u njemu dešava. Istovremeno sa hermeneutičkim zadatkom tumačenja sopstvenog stanja javlja se i onaj praktični – žene uče da obavljaju svakodnevne aktivnosti oslanjajući se na svoje izmenjeno telo, telo koje ima drugačiji oblik i u kome se odvijaju neki novi procesi. One na drugačiji način hodaju, obavljaju fizičke aktivnosti, menjaju položaj u kome spavaju, drugačije se hrane. Oba ova aspekta, kao i mnogobrojni modaliteti promenjene životne situacije u trudnoći biće detaljno komentarisani u odeljcima koji slede.

Telesni „simptomi“ trudnoće

Iako je o uobičajenim simptomima i telesnim promenama koje prate trudnoću bilo reči u početnom delu rada, izlaganje o telesnim aspektima trudnoće započecemo kratkim prikazom tipičnih telesnih iskustva koje su izdvojile sagovornice u ovom istraživanju. Sve sagovornice su spontano organizovale svoj narativ o telesnim promenama u trudnoći i reakcijama na njih po trimestrima. Ovakav obrazac potiče iz medicine, ali je veoma raširen i uobičajen pa deluje da ga većina žena doživljava kao blizak i koristan narativni okvir.

Početak trudnoće odnosno prvi trimestar ispunjen je neizvesnošću u vezi sa opstankom trudnoće (o čemu je detaljno već bilo reči) i često se javljaju negativni simptomi poput mučnine, gorušice, pojačane osetljivosti na mirise. Zato se početak često opaža kao najteži period u trudnoći, iako on to, po nekim objektivnim karakteristikama ne mora da bude.

„Meni se čini da je sad ovo pred kraj teško zato što si veliki. A u početku je možda u stvari mnogo teže, dok se u stvari organizam navikne na promenu da je u drugom stanju. I tu ti u stvari od četvrtog do recimo sedmog, osmog funkcionišeš normalno. Samo što tad imaš stomak i što nemaš šta da obučeš. Čini mi se da je početak uvek nekako teži.“ (Ivana)

Negativni simptomi se lakše podnose kada se povezuju sa trudnoćom i prepoznaju kao neizbežni pratioci jednog novog stanja ili način prilagođavanja organizma. Čak može da se desi da odsustvo nekog telesnog iskustva koje je moguće povezati sa trudnoćom tokom

prvih nedelja otežava identifikaciju sa ovim stanjem i čini ga manje realnim.

„E a onda u jednom momentu popušta ta cela priča (krvarenje), svi kontaju da sam trudna, ništa se meni ne vidi, tandara mandara. I ovo dete se još ne pomera, ništa ja ne osećam. I počinjem da pizdim. Kako sam ja sad trudna, je l' mene neko zajebava? Ovde ja ništa, ove druge bacaju pegle, kukaju, ja nemam ništa.“ (Sonja)

Jedan simptom sa početka trudnoće o kome su govorile baš sve sagovornice jeste izražena pospanost koju žene teško kontrolišu i koja im utiče na aktivnosti i organizaciju svakodnevnog života.

„Prvih dva meseca kad sam imala i te mučnine i sve tad sam bukvalno prespavala. Pretpostavljam da i to ima veze sa tim dobijenim kilogramima jer ti jedeš, spavaš, jedeš, spavaš. Apsolutno sam spavala po dva-tri puta dnevno i celu noć bez problema. I to je vrlo čudno da ne možeš da veruješ da toliko možeš da spavaš.“ (Maja)

„Otprilike to jedno vreme sam morala da spavam preko dana. Znači bez obzira koliko spavam, mnogo mi se spavalo, neverovatno. Nema veze, petnaest minuta, pola sata u toku dana, uvek me obori i to je to.“ (Anđela)

„Mnogo sam spavala. I to me jako nerviralo. Zato što sam radila. A to su neke nenormalne količine sna. A ja inače nisam velika spavalica. Ja sad spavam duplo manje, u celoj trudnoći. Ali tada na početku... I to me je užasno frustriralo. Zato što ne možeš da funkcionišeš. Ne zato što ti se spavalo nego što ti je dan kraći za pet sati, oćeš da se ubiješ. A ne možeš to da kontrolišeš.“ (Una)

Sagovornice često ističu da to nije karakteristično za njih i da se nisu tako ponašale pre trudnoće i primećuju da potreba da spavaju nema nikakve veze sa okolnostima, zanimljivošću situacije u kojoj se nalaze ili bilo kakvim njihovim postupcima.

„Vrlo specifičan umor u dvanaest, jedan popodne, da moram da spavam kako god, na kom god mestu. Jednostavno oči se same sklapaju. ...U sred dana a nije specifično za mene, jer ja nikad nisam spavala preko dana.“ (Teodora)

„Spava ti se, padne ti pritisak iz cista mira, zakucaš, ne možeš, bez obzira da li si spavo ili nisi.“ (Sonja)

„Prvi trimestar ti se spava kao da je ono, cece muva. Znači to je kako vidiš krevet ili bilo šta, spava ti se. I prosto si... totalno si ćao, doviđenja. Dešava se da dođu gosti, priča se, a ja: „ja ću malo da odspavam, pa ću doći“. To su stvari koje ne možeš da kontrolišeš. To stvarno ne mogu da kontrolišem. Sve drugo mogu ali .. To u početku baš je tako. I nije isto kao obično kad si pospan, zato što kad se probudiš

mogao bi još da spavaš. Nekako je i može da ti se dešava i nešto zanimljivo i da gledaš neki super film, znači prosto nije vezano za... ti moraš da spavaš. Znači to je tako. Samo da se namestim negde i to da odradim.“ (Ivana)

Drugi trimestar se najčešće opisuje kao miran središnji period. Generalno ga karakteriše odsustvo negativnih simptoma koji su često prisutni u prvim mesecima i žene počnu da se osećaju sasvim uobičajeno, pa dok stomak ne krene da im raste, teško im je i da se povežu da tim da su trudne. Pored toga, prestaje neizvesnost, jer se početak drugog trimestra posmatra kao izlazak iz rizičnog perioda. Od kada počnu da osećaju pokrete bebe, žene dobijaju i otelovljeno znanje o njenom prisustvu i aktivnosti, pa i to ima umirujući efekat. Zbog svega ovoga, relativno malo prostora u narativima je posvećeno ovom periodu trudnoće, sa izuzetkom opisa pokreta i aktivnosti bebe. Jedna sagovornica je to i eksplicitno izrazila: „*nemam šta preterano da pričam za ovaj drugi trimestar“ (Teodora)*. Neke žene se tokom drugog trimestra osećaju posebno dobro i često ga porede sa problemima koji se javljaju u početnom ili krajnjem delu trudnoće.

“Prva tri meseca samo možda malo više spavala nego uobičajeno, eto to. Bila sam umorna i čula sam da je to normalno. I malo te mučnine i to. E a onda posle od trećeg do šestog su ljudi govorili koliko sam raspoložena, koliko mi to sve prija... I svi su govorili joj kako tebi prija trudnoća. I još nisam to ja govorila nego ljudi oko mene, kako ti prija, ti treba stalno da budeš trudna, ti si tako raspoložena, pre si bila nervozna.“ (Saška)

Una drugi trimestar prepoznaje kao najlepši period trudnoće i na svom telu primećuje promene u kojima uživa i koje je fasciniraju. Izgleda da makar neke žene aktivno uživaju baš u telesnim aspektima trudnoće u ovoj fazi.

*„E onda se desilo taj magični deo u trudnoći, to je da kosa postaje gusta. Meni je taj drugi trimestar je Belle Époque. Znači kosa ti postane gusta i raste, a dlake sa tela nestanu. Nema ih. Ja nisam išla na depilaciju pet meseci i genijalno je. Ali se onda vrate kad uđeš u treći trimestar. **Mislim imaju te faze i preko neta ja to sve lepo pratim.** I hormonalno ima smisla i zavisi na koju stranu će da ti ode od tog nekog bazalnog nivoa. U suštinu ciklusi su svima na plus minut pet deset dana ali to je to, to se dešava. Bila sam baš puna energije. Znači baš osećaš neku snagu... I to je baš bilo super, ta druga tri meseca su*

super, od trećeg do šestog. Mislim generalno sve do devetog meseca bih mogla da budem duplo trudna, mislim ne bih volela ali bih mogla. A deveti je malo cimanje, ali nije strašno.“ (Una)

Una eksplicitno referiše na informacije sa interneta kao interpretativni okvir za praćenje promena. Iako se promene dešavaju u i na sopstvenom telu, one se „prate preko neta“. Odnosno, žene na ovaj način dobijaju informacije koje im omogućavaju da prepoznaju, povežu i integrišu svoje doživljaje, ali i da ih objasne. Mogli bismo da pretpostavimo da će pojava medicinskog objašnjenja – kakvo je pozivanje na hormonalni disbalans u gornjem citatu – učiniti da se telesne promene opažaju kao manje fascinatne i „magične“, ali, makar u Uninom primeru, to nikako nije slučaj.

Treći trimestar, a posebno sam kraj trudnoće žene često opisuju kao naporan pre svega zbog teže pokretljivosti, nekih negativnih telesnih simptoma poput otečenosti i porasta anksioznosti zbog približavanja porođaja. Žene osećaju svoju težinu, koja je između deset i trideset kilograma veća nego na početku trudnoće, i ona im otežava neke svakodnevne radnje poput hodanja i sedenja, jer se većina položaja tela doživljava kao neudobna i osećaju se bolovi, posebno u preponama, leđima i kukovima.

„Kad dugo sedim ono što sam primetila bole me prepone i boli me guza. Da l' je to već sada i beba, polako sve više dole i pritiska i onda me zaboli i to...“ (Nevena)

„Sad u stvari ne znam da li mene leđa bole zato što puno sedim. Stvarno ne znam da li je od sedenja, ležanja, malo vežbanja i odmaranja ili već ne znam šta ili zato što ti raste stomak.“ (Jasna)

„Pa trenutno osećam bolove u kukovima kada dugo hodam. Ali to je sve ja mislim od težine. Ali, ma nisu bre nikakvi bolovi, malo te poneki put leđa zabole. E a, pazi to je sve individualna stvar. Prag bola je kod ljudi različit i sad možda ja kapiram da mogu da izdržim malo više, neko možda može malo manje.“ (Mirjana)

Ipak, ove teškoće se uvek eksplicitno povezuju sa bebom, sa tim da se približava kraj trudnoće i da je to „normalno“ i one se, bez obzira na intenzitet, ne doživljavaju kao stvarne tegobe ili smetnje.

„Tako da stvarno nikakvih ja tegoba nemam. Kad me neko pita pa kako si, je l' ti teško, nije mi teško ništa. stvarno mi ništa nije teško. Osim sad same težine stomaka, pa je veliki, pa prosto smeta, u tom

smislu da ne mogu da se normalno sagnem, ne mogu da legnem, moram da vodim računa kako ću da ustanem. Ali generalno što se same te pokretljivosti tiče, dobro to mi je jasno zašto. Ovako nekih tegoba ne.“ (Teodora)

Kako se približava kraj trudnoće, beba postaje sve veća i ima sve manje prostora u majčinom telu. Žena oseća ne samo težinu koju mora da „nosi“, već i pritisak na dijafragmu i bešiku, odnosno sve veće zauzimanje svog unutrašnjeg prostora od strane drugog bića. Podizanje dijafragme smanjuje kapacitet pluća, pa je ženama skraćen dah i mnogo brže se umaraju. To je očigledno i tokom intervjua, jer se one zadišu ukoliko pričaju bržim tempom i neprekidno tokom nekoliko perioda i većina reflektuje o tome.

„Malo se više umaram kad idem uzbrdo i uz stepenice, malo gubim dah, ali to je normalno valjda.“ (Tamara)

„Eto vidiš zadišem se dok pričam. Znaš šta je fora, digne ti dijafragmu, sve ti to sad šort nešto i ti još tri puta moraš nešto da udahneš. I onda kao kod pričanja se zadišeš. A tek kad se penjem uz stepenice. Ali ništa samo ubaciš u drugu i polako. Mislim sad i za pričanje i za bilo šta drugo.“ (Sonja)

Sa druge strane, pritisak na bešiku čini da žene na kraju trudnoće veoma često odlaze do toaleta, što im otežava da kontinuirano spavaju tokom noći, ali ih ograničava i u svakodnevnim aktivnostima i odlascima van kuće. Većina ispitanica je prilikom ugovaranja intervjua navela to kao razlog da se intervju obavi u njihovom domu (pored toga su navodile i da im je teško da sede duže na nepoznatom mestu, jer kod kuće mogu i da legnu i da se „nameste“ na različite načine).

„Polovinom osmog meseca sam već krenula da se budim noću, da idem u wc. I ne znam u osmom bilo je da ne mogu da izađem napolje. Čim malo duže stojim, odmah je taj pritisak da moram u wc, i ne mogu da izađem i nisam ni želela da izađem napolje da prošetam malo, jer sam odmah to osećala. I nigde mi se nije ni išlo, nekako najlakše mi u mom stanu. Baš bukvalno to i da legnem. Čak i kad odemo kod nekih prijatelja, nije mi to to.“ (Anđela)

Sonja oseća i pritisak na želudac, zbog koga ne može da jede puno. Takođe prepoznaje kako „beba vuče sebi“ tj. kako je gladnija i oseća veću potrebu za slatkim, a analiza krvi pokazuje da joj je šećer na donjoj granici, pa zamišlja da to sve „upije beba“.

„Znači ja već mesec dana, ja pojedem ali podrigujem, zlo mi je. Prosto nemaš mesta, možeš često da jedeš, ali ne možeš puno. A i beba vuče sebi. Ja sad jedem slatko ko nenormalna. Meni je šećer bio nešto

jedva na donjoj granici. Znači beba upije količinu šećera, ne znam u čemu je fora. Nisam nikad imala niži šećer, bila sam ponosna na sebe, trudnice inače imaju malo jači.“ (Sonja)

Iako se ovo „zauzimanje“ trudnog tela od strane bebe može reprezentovati na negativan način, recimo kao invazija, ono se po pravilu tako ne doživljava. U ženinom telu nije stranac, Drugi, već njena beba i ona ovo zauzimanje prostora pre svega doživljava i artikuliše kao da „bebi fali mesta i hoće napolje“, što je indikator približavanja porođaja. O ovome je već detaljno bilo reči u poglavlju koje se bavilo postepenim individuuiranjem bebe u majčinom iskustvu tokom trudnoće.

Kako se približava kraj trudnoće, žene ponekad prepoznaju, na osnovu karakterističnih simptoma kao što su bolovi u kukovima, da se njihovo telo priprema za porođaj.

„Krajem trudnoće kreću strašno da te bole kukovi. Ja sam isto mislila da je to sve zbog mase. Ali nije zbog mase nego ti, mislim da i zbog mase ali i u spavanju, jer ti se šire...“ (Una)

Sonja daje i medicinsko objašnjenje, ali i veoma zanimljiv fenomenološki opis ovog doživljaja „razglavljanja“ kukova.

„Bole me kukovi, mislila sam da je do težine jer imam bar 10 kila više, u stvari je neki hormon, relaksin, negde od 30 nedelje. Neke ga trudnice percipiraju kao bol u kukovima, neke ga uopšte ne kontaju, a on ti razglavljuje kukove, priprema ih za porođaj. Moja impresija je da mi se bukvalno odvoji kuk kad treba da ustanem... nije toliko bol koliko je manjak kontrole. I boli me kad hoću da se okrenem sa leve na desnu u toku noći i imam fantazije kad se okrećem da mi se slije kuk dole i kad hoću da se okrenem treba da ga prelijem. I onda uzmem i malo rukama gurnem, dovde i onda nema, sad još jednom, to je, već sam istrošila bol. I onda se skotrljam ovamo i onda mi fali krevet. Pa se onda kao nešto malo vratim nazad. I tako celu noć. Srećom ne vrtim se nešto preterano, dva, tri puta se obrnem. I to mi je trip. Imam utisak kad se sad sa ovog kuka prebacim na ovaj, da mi je haaa, da mi se ovde nakupilo pa se preturilo, kao da sam ga malo sad razvrstala, sad mi je lakše.“ (Sonja)

Jedna praktična posledica velike težine i pritiskanja bebe jeste svakako narušavanje sna pri kraju trudnoće koje mnoge sagovornice opisuju kao nesanicu. Ženama je teško da zauzmu udoban položaj zbog velikog stomaka, i skoro im je nemoguće da ga promene u toku noći, a da se ne probude. Dakle, ono što je pre i u ranijim periodima trudnoće bilo spontano i nije zahtevalo svesnu uključenost subjekta, postalo je zadatak kome moraju da

budu posvećene i koji se pažljivo i svesno izvodi.

„Sad mi je to baš teško i to negde od decembra mi je baš teško, znači od polovine trudnoće mi je baš teško da spavam. To samo kad sam mrtva umorna, e onda je to san cele noći. Mislim kao morž si, ne možeš da se prevrneš, ja ne mogu da spavam na leđima. Znači s jedne strane na drugu stranu, a to ne možeš da uradiš kao kad nisi trudan, nego moraš bukvalno da se probudiš da bi se prebacio. To je jedna stvar, a druga stvar je što te beba pritiska, pa ti se piški. Ne možeš da izdržiš da ne piškiš cele noći kao što možeš kada nisi trudan.“ (Ivana)

Međutim, ima žena koje i pored toga što doživljavaju razne otežavajuće simptome na kraju trudnoće, osećaju olakšanje jer su trudnoću iznele do kraja i uspele su da se naviknu na svoje izmenjeno telo. Anđela, na primer, ističe da se u devetom mesecu bolje osećala nego ranije i da je imala više energije.

„Meni je sad obrnuto sve. Ja sam možda u sedmom i u osmom bila malaksalija, imala manje snage. Uglavnom čini mi se da sam se sad navikla i da mi je lakše i da se sagnem i sve ostalo. Bukvalno i da sam razgibanija sad. I manje umorna.“ (Anđela)

Na ovaj slučaj ću se vratiti nešto kasnije prilikom komentarisanja privikavanja na sopstveno izmenjeno telo i postupanje sa njim. Sada ću se okrenuti tome kako se oblik tela menja tokom trudnoće i kako se žene navikavaju na promenjene telesne granice i identifikuju sa svojim trudnim telom.

Moje novo telo: otuđenost i identifikacija

“I have been told the body is not who you are. And I believed it. But I have watched my body grow, I have watched the stretch marks appear, and it changed how I felt about myself.”

Kristina L. Lemieux (2006: 77)

Tokom trudnoće telo žene značajno promeni oblik i težinu i to tokom relativno kratkog perioda. Žene dobijaju kilograme tokom cele trudnoće, a medicinki udžbenici propisuju da normalan prirast težine iznosi 13-14kg (Plećaš et al., 2005: 341). U stvarnom porastu težine ima velikih individualnih razlika, pa su neke moje sagovornice dobile deset, a neke trideset kilograma do porođaja. Nezavisno od broja dobijenih kilograma neke žene

zabrinjava porast težine⁸¹ i one teže da adaptiraju ishranu kada njihova težina počne da odstupa od onog što je propisano, a neke ne. Ali sve one su saglasne u tome da se ne opterećuju kilogramima, ukoliko se dobro osećaju i ukoliko to ne nosi medicinske rizike. Dakle, s obzirom na to da je dobijanje kilograma povezano sa trudnoćom, ono se ne opaža kao nešto o čemu treba brinuti u tom trenutku, čak i kada izaziva neke smetnje i negativne simptome. Ili kada donosi neposredno nezadovoljstvo sopstvenim izgledom, recimo dok žena posmatra svoje telo u ogledalu.

„Kad postaješ svestan da si trudan, ma sad ću ja da jedem, kakve veze ima ja sam trudna. I onda počneš da se gojiš, normalno. Ali recimo nemam kompleks neki ja o ja šta ću sad ja imam dvadeset kilograma i imam još dva meseca i čeka me možda još i pet i deset kilograma, kako ću ja sad s tim. Sve će to da ode. Onda probušiš kašiku i malo restriktivnije to. Malo mi smeta, jer nije isto kad imaš sedamdeset i devedeset kilograma. Prosto fizički ne možeš da izdržiš da stojiš dugo, da šetaš duže, eto to. Bole te leđa, jer imaš sto kila.“ (Mirjana)

„Nisam se nešto opterećivala. Nisam ni upadala u depresiju od kilograma. Naravno nije ti svejedno kad počneš da se gojiš, ono staneš na ogledalo ponekad pa uf kao ono nije ti svejedno. Ali nisam nešto preterano ni sad stojim na ogledalu pet sati i da se sad nešto traumiram. Izbegavala sam sad nešto da se gledam previše. Zadovoljna sam stanjem u kom sam i onda kapiram da mi je to negde prioritet u odnosu na kilograme. ... Kapiram da sam trudna, da je u trudnoći normalno da dobiješ kilograme i da ćeš posle trudnoće isto tako da ih izgubiš.“ (Maja)

Žene često konstruišu dobijanje kilograma kao „normalno“ i „prirodno“ i to im olakšava prihvatanje promene. Takođe, ponekad dovode u pitanje postavljeni medicinski normativ, pa im i to relativizuje granicu do koje mogu da se ugoje, a da ih to i dalje ne opterećuje.

„Valjda to sve priroda sredi. To jeste deset kila i jače sad. Mislim dok se porodim imaću bar petnaest do sedamnaest, bilo bi idealno. Sad furaju neku priču do dvanaest kila da se ugojiš, što je tipa da se ništa ne ugojiš. To je tri kile sala i sve ostalo je beba, voda.“ (Sonja)

⁸¹ Posebno je zanimljivo kada se žena u prvih nekoliko meseci dosta ugoji, a onda dobije medicinsku informaciju o težini bebe i time se suoči sa ogromnom disproporcijom: „Kao sad treba da jedem za dvoje. To su ti nemoralni momenti. Idem na pregled i imam deset kila više a beba ima 350 grama. Ja rekoah dobro. Mislim, pakao.“ (Una)

Reakcija na gojenje u trudnoći je zanimljiva s obzirom na to da savremeni svet propisuje normu mršavosti i da ova norma u trudnoći prestaje da važi. Za razliku od menstruacije i menopauze, gde je nekontrolisanost i nepredvidljivost tela (miris, znoj, krvarenje) često izvor neprijatnosti i srama jer okolina negativno reaguje na nju (na otvoren govor o tome ili neuspelo skrivanje), u trudnoći se telesne promene „praštaju“ (Ussher, 2008). Ipak, ne deluje da su se žene u trudnoći prosto emancipovane od ove norme, već da su podređene jednoj drugoj, značajnijoj normi koja propisuje da je najrelevantnije starati se o bebi i da je nemoralno da žena u tom trenutku misli na svoj fizički izgled. Pored toga, ona u trudnoći prestaje da bude seksualni objekat za druge i preterano staranje o fizičkom izgledu bi moglo da se tumači kao subverzija reprezentacije trudnice kao neerotskog objekta.

Ipak, relativno brza promena veličine tela može imati i otuđujući efekat. Ženama treba vreme da se naviknu, da se „sažive“, a pre toga se osećaju neobično i ne uspevaju da se u potpunosti identifikuju niti da se na uobičajeni način služe svojim promenjenim telom.

*„... ti kreneš da dobijaš te naglo kilograme, osećaš se onako tromije. Prosto osećaš da ti smeta ta kilaža. I onda sam pomišljala jaoj bože, kako debeli ljudi žive? Kako debeli ljudi žive? Jaoj samo mi je bilo da se porodim da vratim svoju kilažu **da bih se osećala onako normalno**. Ali vremenom se ti, npr. sad sam deveti mesec, kraj već trudnoće, sad sam se navikla na ovu kilažu, pa mi i nije toliko čudno kao u početku kad je tek krenulo da se transformiše telo. I sad normalno funkcionišem sem što osećam težinu u stomaku, onako kad se malo sagnem pa to zna da mi izbije vazduh. Tako da **navikneš se valjda, saživiš se s tim**.“ (Maja)*

Nekada žene promenu svog tela prvo primete ili intenzivno dožive jer im odeća postane mala ili neodgovarajuća i to može dovesti do toga da sebi deluju kao „druga osoba“.

*„I zabavno je bilo to kad sam se ugojila i kupila sam sebi veš neki. Kad sam kupila neke, gaće su bile, i sad sive su boje, najobičnije, ali imaju mašnu tu, neku veliku mašnu. I onda ja to navučem i ništa se ne vidi. One se uošte ne vide, samo mašnica viri. To je onako, **to su ti novi kao, kad se provališ, potpuno si druga osoba**. Ali je zabavno. (Una)*

Za Sonju je, na primer, kupovina adekvatne garderobe omogućila prihvatanje, tj. uspostavljanje „primirja“ sa telom koje se menja.

„Međutim na početku sam počela da se nerviram zato što mi stvari postaju male. Brus mi mali, gaće

*su mi male, sve mi malo. I sve to toliko samo da me nervira. U ništa sad ne mogu da uđem. I nekako mislim da sam prezupčila kad sam kupila brus veći. E tad sam nešto kao se **dogovorila sa svojom telesnom šemom da ćemo da se slažemo do kraja trudnoće.***“ (Sonja)

Pored veličine, telo žene promeni i oblik. Od početka trudnoće ženama se uvećavaju grudi i bokovi, gubi se linija struka, a stomak počinje primetno da raste posle ulaska u peti mesec. To na koji način žene doživljavaju ove promene se takođe menja tokom trudnoće. Često najveće probleme i otpore one doživljavaju na početku, kada oblik tela počne da se menja, ali da taj promenjeni oblik još uvek ne ukazuje nesumnivo na trudnoću. Ponekad ženama u tom periodu nedostaje adekvatna interpretativna matrica za telesne promene – one svakako znaju da su trudne, ali ovaj racionalni uvid nije dovoljan, već je neophodna neka iskustvena komponenta koja bi omogućila identifikaciju. Nije dovoljno da žena *zna*, ona treba da *oseća* da je trudna.

*„Da krenem hronološki. Znači krizu najveću sam imala tu sa telesnom šemom, na početku. ... Zapravo sam počela da kriziram kad sam izgubila struk. U trećem-četvrtom mesecu. I kad sam počela da se gojim. I kad počinje vidno da mi odeća bude mala i dalje nema stomaka. **Onda sam kukala oću da imam stomak da se vidi, ne to što će drugi da znaju, nego i ja da znam koji mi je.** ... Posle sam dobila neki oblik trudnice ali tad kao metamorfoza u trudnicu je bilo onako... Nemaš struk, izgubiš definiciju. U stvari ja sam jedino, imala sam psihičke probleme i najveći deo moje telesne šeme... **gde su moji gabariti, gde je moj kraj?** I gde je moj oblik, prvih mesec dana ja nemam oblik, to je bila totalna drama.“* (Sonja)

Prethodno uspostavljene telesne granice su promenjene i to se ponekad dramatično doživljava („gde je moj kraj?“). Sonja je verovala da ovu situaciju nedređenosti može da joj razreši to ako joj poraste stomak i ona počne da liči na trudnicu. To bi predstavljalo dokaz trudnoće, i za druge i za sebe. Naša tela imaju javnu dimenziju⁸² i ta javna dimenzija nije relevantna samo za druge ljude, već i za nas same – tj. naš otelovljeni doživljaj se menja sa promenom ove dimenzije (Clark et. al, 2009). U ovom istraživanju, javna dimenzija trudnog tela, tj. ženino iskustvo o sopstvenom telu *za druge* nije bilo detaljnije ispitivano, pa će ova relevantna i zanimljiva tema ostati nedovoljno obrađena. Sonjin narativ nagoveštava to da

⁸² “Iako se borimo za pravo nad sopstvenim telima, sama tela za koja se borimo nikada u potpunosti ne pripadaju samo nama. Telo ima svoju neizbežno javnu dimenziju; konstituisano kao društveni fenomen u javnoj sferi, moje telo i jeste i nije moje.” (Butler, 2004: 21).

kada promena tela postane takva da nesumnjivo ukazuje na trudnoću, i to tako da to postane vidljivo i drugima, telo postaje prihvatljivo i samoj ženi.

„Bilo mi je teško na početku da prihvatim stomak u smislu nekako sam sebi izgledala kao deformisana. I nekako teško sam prihvatila izgled svoj u ogledalu. Bilo mi je malo neprijatno i nelagodno. Međutim što je bio veći, bilo mi je lakše, to je zanimljivo. Nekako vidiš da je to beba velika i da tako treba da bude. A onako kad je ono nešto između bilo mi je čudno.“ (Saška)

Dakle, relativno brza promena oblika tela u prvim mesecima trudnoće koja drugim ljudima najčešće i nije vidljiva ili prepoznatljiva, ženi može da izazove donekle doživljaj otuđenosti i depersonalizacije. I dok nekim ženama pojava stomaka koji je karakterističan za trudnoću omogućava ili olakšava prihvatanje ovog promenjenog tela i identifikaciju sa njim, neke žene tek ovu promenu doživljavaju kao preveliku i destabilizujuću po svoj osećaj identiteta.

*„A već onako od kraja četvrtog, petog stomak naglo krene da raste, naglo kreneš da se menjaš i zaista je onako trip da ne prepoznaješ svoje telo. Bio je trip. Onako stanem pred ogledalo, nije to sad onako neko loše osećanje ugojila sam se, nije, uopšte nije. Nekako znaš kao čemu služi taj stomak i tad već i osećaš i pokret i to, ali onako čudno je. **Gledaš se u ogledalu i odjedanput kao to više nije tvoj stomak.** ... Međutim ovaj prošlo me je to nekako, taj trip, i onda kad se navikneš i onda ti je potpuno.. I ja sam sad u tripu kako ću ja bez ove lopte. Onako zaista to je osećaj **jaoj sad je odjedanput ovo moje telo.**“ (Nevena)*

Nevena veoma dobro izražava ono što je prisutno i kod drugih sagovornica – bez obzira koliko se trudno telo u nekom trenutku za ženu pojavljuje kao nešto tuđe i skoro neprepoznatljivo, ona se vremenom identifikuje sa njim („sad je odjedanput ovo moje telo“) i počinje da se brine oko toga kako će prihvatiti iznenadnu promenu nakon porođaja.

„Ali mislim što se tiče samog stomaka, ja sam se na njega navikla. Mislim izraste za devet meseci, to je relativno brzo ali i naviknem se na njega. Nekako sad baš razmišljam o tome kakav će to trenutak biti kad se ja budem porodila i kad u jednom trenutku budem shvatila da ja više nemam taj stomak. Ono u roku od dva sata ga nema. Mislim da će mi možda šokantnija ta promena biti, jer je iznenada. U toku od par sati imam deset kila manje na sebi. Mislim da će mi to u tom trenutku biti onako malo šokantnije. Ovo sam se navikla.“ (Teodora)

Na to da nije u pitanju samo promena izgleda tela, nego sam doživljaj telesnosti,

obitavanje u telu, ukazuje činjenica da žena više ne može da se osloni na neke grupe mišića koje uobičajeno koristi, iako nije svesna toga.

„Malo isto da što mi smeta kod telesne šeme, što trbušnjake nešto ne osećam. I tek onda vidiš koliko je loš trip kad ih nemaš. Ko kit si, samo ruke i noge. Ovako misliš da ih nemaš, a imaš i koristiš ih. Tek kad ih nemaš vidiš koliko ih nemaš.“ (Sonja)

Ovo „raspakivanje“ tela za ženu omogućeno je promenjenom situacijom. Kao što osobe posle operacije, kada treba da se ne naprežu kako ne bi pokidale konce, prepoznaju koliko grupa mišića učestvuje u običnim radnjama poput smejanja ili kašljanja. To što se Sonja oseća „kao kit“, ukazuje ne samo na to kako ona vidi svoje telo, nego kako na bazičan način oseća svoje telo kada treba da ustane ili napravi neki pokret, a nema na šta da se osloni.

Pored toga, bez obzira na stupanj identifikacije, promenjen oblik i veličina tela dovode do nekih fenomenološki zanimljivih situacija u kojima se ženama telo pojavljuje na stran i otuđen način, iako to sa sobom ne nosi nikakve negativne konotacije.

„I recimo ovako kad sedim uspravno, onda osećam težinu stomaka na butinama, to mi je recimo potpuno nov osećaj, znaš onako kao da ti je nešto na krilu.“ (Nevena)

*„I još nešto ima... To je totalno blesavo kad idem... jer je stomak jako topao. I dešava mi se kad sam na wc šolji i kad piškim i pipnem ovako stomakom butine i kao oooo. Prvo mi bilo čudno šta je, jer se svaki prvi put ne znam šta je i to su oni gadni momenti, ali svaki sledeći put je kao **aha, to sam ja**. Ta senzacija je baš kožna.“ (Sonja)*

Žene slučajno udaraju stomak nogom dok se penju uz stepenice ili pokušavaju da vežu pertlu, jer se on nalazi na mestu na kome nisu navikle. Takođe, nekada su iznenađene jer se dodiruju dva dela tela koji se uobičajeno ne dodiruju, kao u Sonjinom opisu, pa se javlja otuđujući momenat i naknadno prepoznavanje „aha, to sam ja“.

Bez obzira na konkretno ispoljavanje, značajno je razumeti da nova, trudnička, otelovljenost podrazumeva mnogo više od izmenjenog odraza u ogledalu. Ona sa sobom nosi drugačiji doživljaj granica, promenjene obrasce pokreta, izmenjenu perspektivu iz koje se posmatra svet i deluje u njemu.

Prilagođavanje tela i prilagođavanje na telo

Žene često zamišljaju i da se njihovo telo aktivno prilagođava trudnoći i potrebama fetusa i na taj način razumeju i objašnjavaju razne telesne promene. Teodora npr. periode bolova u leđima prepoznaju kao posledicu prevelike težine koju njeno telo tj. skelet „ne može da nosi“, a prestanak bolova kao znak da se „kičma namestila i formirala kako treba“.

*„Od šestog su krsta krenula da me bole. I to je bilo, ma to nije moglo ni da se hoda, ni da se sedi. Ja sam mislila da ću ja u devetom mesecu ležati na strani od jutra do mraka i da ja ništa drugo neću moći, jer meni je u šestom mesecu već tako. Bukvalno svako stajanje, šetanje i ne toliko, ali stajanje duže od pet, deset minuta je bilo, iziskivalo da ja moram naredni dan da legnem i da se dobro odmorim. I to je trajalo, bolela su me krsta taj recimo šesti mesec možda polovina sedmog i onda je odjednom prestalo. Da li se meni, **ja sam to tako doživela da se meni moja kičma namestila i formirala tačno tako kako treba i da je to sad prestalo da boli ili su se mišići zapravo namestili.** Da je stomak možda počeo da vuče i ta vuča stomaka je odradila svoje i onda je to bolelo i onda u jednom trenutku se to verovatno namestilo tako kako treba i mene je to stvarno prestalo da boli. Meni je stvarno bilo lakše u sedmom mesecu nego u šestom, i kasnije u osmom. Iako sam zapravo teža i imam i veći stomak. Lakše sam i hodala i lakše sam i stajala i lakše sam obavljala mnoge stvari.“ (Teodora)*

Slična je situacija i sa širenjem kukova kao pripremom za porođaj o kojoj je već bilo reči, ili sa činjenicom da bradavice promene boju i postanu tamnije.

„Bradavice mnogo tamnije i to mi je fenomenalan podatak, da potamne da bi ih beba lakše uočila. To je fenomenalno, i stvarno su potamnele skoro da su tamno braon, skoro crne.““ (Saška).

Kakva je priroda ovog prilagođavanja i kako ga one doživljavaju? Ovi procesi se dešavaju bez ikakvog učešća žene. I pored toga, deluje da one imaju pozitivan odnos prema prilagođavanju tela i da ih to čak fascinira. Već je bilo reči o tome da je ženama lakše da prihvate i prisvoje neke negativne simptome (bolovi u ležima, "prelivanje kukova") ukoliko te simptome mogu jasno da povežu sa procesom trudnoće i transformacijom svog tela koja je posledica tog procesa. Utoliko stanje trudnoće jeste specifično u odnosu na razna druga telesna stanja bolesti i neprijatnosti gde ovako nešto nije slučaj.

Ipak, istovremeno sa prepoznavanjem ovog spontanog telesnog prilagođavanja, promenjena težina i oblik tela za posledicu imaju to da su žene stavljene pred zadatak da se aktivno prilagođavaju na to telo kako bi mogle da obavljaju neke svakodnevne radnje koje

su pre trudnoće obavljale spontano i mahinalno.

„Nadeš svoju tehniku kako da ustaneš, kako da čučneš, klečiš, ne klečiš, pa na ovu stranu, onu stranu, važno da imaš način da se odigneš.“ (Ivana)

Navikavanje na promenjenu telesnu situaciju nije samo pasivan proces, već je i aktivno učenje i uvežbavanje. Žene prolaze kroz proce ovladavanja svojim telom i uče da ga pokreću.

*„Ja sam se stvarno naglo ugojila. Ja sam se u prva tri meseca devet-deset kilograma ugojila. To je stvarno velika kilaža koju dobiješ. **Mislim promeniš svoju telesnu šemu i nisi ista osoba.** I zato sam bila užasno nespretna i to je mojoj cimerki i dečku bilo beskrajno zabavno. Zato što su mi ispadale stvari. Ili kad ustanem iz kreveta, balans mi je, ja sam promenila težište ustvari. Tačno se sećam perioda kad menjam težiše. Valjda kad sam normalne težine, mnogo mi je manji pritisak bio na leđima, nisam bila nagnuta ovako. Što sam jako rano počela da radim. I onda ustajem iz kreveta i onda imam tehniku kao prvo malo kleknem na krevet i onda spustim jednu nogu. Ali onda kao keglja padnem na drugu i to je njima dvoma, znam da su se uvek valjali. Mislim to je bilo dok se nisam uvežbala. Zato što bukvalno si te građe, kao kruška. I dok ne naučiš malo te stvari kako sa nogama i ostalo, to mi je bilo jako zanimljivo.“ (Una)*

Dakle, zbog promenjenog oblika i težine žene ponekad ne mogu da kontrolišu svoje telo kao ranije, da ga slobodno pokreću ili stavljaju u različite položaje. Zato je potrebno vreme da se „pronađe tehnika“ tj. da se „uvežba“ obavljanje sasvim jednostavnih radnji. Tada odnos prema telu gubi neposrednost i one dolaze u situaciju sličnu onoj u kojoj su deca kada uče da hodaju ili u kojoj su osobe kada usvajaju neku novu veštinu. U početku je telo eksplicitno prisutno i ono se tematizuje, reflektuje se o promenjenom načinu funkcionisanja i vodi se računa o pokretima. Ali posle nekog vremena njima se ovladava, izgrađuje se navika i promenjeni način funkcionisanja postaje „druga priroda“. I slično kao sa izgledom i doživljajem „novog tela“, žena se identifikuje i sa ovim novim načinom pokretanja i pitaju se da li će se ikad „vratiti na staro“.

*„Nekako naučiš da olakšaš sebi. Jer ono, ti tražiš položaj i to je baš ono što kažem malopre da mi se čini da lakše čučnem, lakše ustanem, jer mi se čini da sam se navikla kako mogu. Skoro smo pričali, možda pre jedno deset dana, da čini mi se sad da nikad neću moći da se vratim na staro, nikad neću moći normalno da se savijem. **Sad sam u tom stanju kao da ću zauvek ostati ovakva. Sad mi je to***

toliko postalo normalno da mi se čini da ću zauvek ovakve pokrete imati. (Anđela)

Međutim, deluje da se neki aspekti otelovljenosti teže prilagođavaju i menjaju nego neki drugi. Bez obzira na to koliko prepoznaju da su se identifikovale sa svojim promenjenim telom i koliko su navikle na njegova ograničenja i mogućnosti, žene se nisu sasvim adaptirale na nove telesne granice u spontanom postupanju. One zato po pravilu loše procenju koliki prostor njihov telo zauzima, gde su mu granice, i kao posledica toga često udaraju u stvari stomakom.

„Šta je na primer nešto na šta se nisam navikla, ako ne razmišljam o tome i zaboravim. Desilo mi se da tako prilazim nekom pultu i zaboravim da imam stomak i onda onako stomakom udarim. Ili zakačim stomak za tu šipku i onda se potrese da li sam povredila bebu. Ali jednostavno pomisliš, ne znam kako, da bi mogao tu da prođeš, jednostavno je to u tom trenutku.“ (Tamara)

*„Uopšte nisam svesna bila svog stomaka, ma ni sad. Sve mi se čini... ma proći ću i krenem i samo zaglavim. Ma ne možeš da prođeš. Ili ne znam kako nam je sada tu čiviluk i tu je svetlo i ja sad obesim jaknu i ja sad sto puta ugasim svetlo stomakom. **Uopšte nemam taj osećaj da mi je to deo tela.** Nisam se uopšte privikla. Isto, kad sedi neko tu i ja hoću da prođem, ma mogu ja to, a ne mogu. Uopšte nemam ja taj osećaj u glavi kolika sam u stvari i koliko mi je telo u prostoru.“* (Anđela)

*„Ja nemam osećaj, ja idem pa udarim u nešto i dalje. Ili sad hoću da se provučem između nečega jer prosto naviko si možeš da prođeš između toga, ne razmišljaš sad da si mnogo veći. I onda se ti kao provlačiš i onda malo lupiš. Ili na čošak redovno se tako.. **nemaš osećaj da imaš ispred sebe sad nešto toliko.**“* (Jasna)

„Znači to mi se i sad događa da zakačim stomakom. Krenem negde da prođem i... i na ulici kad se mimoilazim s ljudima, pa kao okrenuću se na stranu tako sam uža, a u stvari imam stomak. Uvući ću stomak, a od toga nema ništa. To mogu ja da prođem, prosto granica mi je... Tako da kačim, kačim stomakom, to redovno.“ (Teodora)

Svi ovi citati pripadaju ženama koje procenjuju da su se do devetog meseca (zapravo i znatno ranije) navikle na svoje izmenjeno telo, „pomirile sa svojom telesnom shemom“, toliko identifikovale sa oblikom trudnice da se pitaju šta će da rade bez stomaka. A ipak, tokom spontanog funkcionisanja, one postupaju kao da imaju „staro telo“ koje nije trudno i koje nema veliki stomak. Zašto se to dešava?

Na ovom mestu nam možda može biti korisna distinkcija između telesne slike (*body image*) i telesne sheme (*body schema*) (Gallagher, 2005). Telesna slika je „sistem percepcija, stavova i uverenja koji se odnose na sopstveno telo“ (ibid: 24), što uključuje perceptivno iskustvo i pojmovno razumevanje sopstvenog tela i emotivni stav prema njemu, tj. odnosi se na sopstveno telo koje se pojavljuje kao deo perceptivnog polja. Sa druge strane, telesna shema je „sistem senzo-motornih kapaciteta koji funkcioniše neosvešćeno ili bez potrebe za perceptivnim nadgledanjem“ (ibid) i koji strukturise svest i opažanje, a da se ne pojavljuje kao sadržaj svesti. Odnosno, umesto da bude deo perceptivnog polja, referira na smisao u kom telo oblikuje i ograničava perceptivno polje. Telesna shema je odgovorna za doživljavanje položaja i pokreta tela, kao i za najrazličitije motorne aktivnosti. To je ono što nam „omogućava da prođemo ispod niske grane drveta, a da ne udarimo glavom u nju“ (Cassam, 2011: 154). Dakle, na osnovu ovih određenja deluje da kod trudnih žena ne dolazi do adekvatne adaptacije telesne sheme i da je to razlog što one udaraju u stvari u prostoru, iako je njihova telesna slika tj. reprezentacija tela donekle izmenjena. Ipak, ova interpretacija nije sasvim neproblematična. Ona ubedljivo zvuči kada je reč o tome da žena „ne razmišlja“ ili „zaboravi“ (kao što je to kod Tamare slučaj), pa koordinaciju pokreta i kretanje preuzima sistem kome nije potrebno svesno nadgledanje. Ipak, sagovornice često izveštavaju da one sasvim svesno razmisle i ipak procenjuju pogrešno svoju veličinu i telesne granice.

„U jednoj prodavnici i imaju ovako mali prolaz i ja uvek ovako mislim da mogu da prođem ali uvek nešto zakačim. To mi se dešava često. ... Čudno je kad kreneš da se saviješ da zavežeš pertlu. A ne možeš. Mislim moraš da klekneš.“ (Mirjana)

„I sad ti znaš da tu faktički možeš da prođeš, u stvari kad dođeš ne možeš. ... Recimo to shvatiš, jer ti kad dođeš do, ne znam naši hodnici u firmi su uski pa kao da se mimoidemo. Ali prosto radiš, nije da nisam svesna da sam trudna ali nekako misliš i dalje možeš neke stvari i kao hm, ipak neće moći ovako. Ajde da se pomerim.“ (Ivana)

„Kakva je moja predstava telesne šeme i moj model uopšte, ne mogu da postignem. Jer meni je relativno brzo taj stomak se pojavio niotkuda. I ništa ja ne mogu da provalim, ni po čemu, ali prosto idem i zakačim sto. Zakačim stolicu uopšte ne znajući da ću, a procenim da ću proći i ne prođem. I u busu sam se zaglavila juče. I dalje ne mogu. Pa sam provalila ili je nešto uzaniji prostor pa stavim ruku na stomak, ali i dalje procenjujem da mogu da prođem. Znači da se ja sad mozgovno pitam, ja

prolazim tu. *Imala sam isto momente kad se obuvam šutnem se, uopšte nisam mogla da se skontam.“*
(Sonja)

Čini mi se da nam za objašnjenje ove situacije na raspolaganju stoje dve moguće interpretacije. Jedna je da je za identifikaciju sa promenjenim telom u trudnoći zadužen neki nezavisan proces tj. neki sistem koji se ne može svesti ni na telesnu sliku ni na telesnu shemu. Ova interpretacija je malo verovatna, jer ono što žene izveštavaju kada govore o tome da su se „saživele“ i „navikle“ na svoje telo, zapravo odgovara elementima i telesne slike i telesne sheme – izmena stavova i načina opažanja tela, ali i promena doživljaja pokreta i položaja tela. Pre će biti da su oba ova sistema kompleksna, pa su neki njihovi aspekti uspešnije, a neki manje uspešno adaptirani. Pritom, oni se nalaze u bliskoj i kompleksnoj interakciji tokom intencionalne aktivnosti (Gallagher, 2005), što podrazumeva da promenjena telesna slika informiše telesnu shemu, ali važi i obrnuto. Ukoliko žene u praktičnim situacijama (na prerefleksivnom nivou) ne osećaju da je njihovo telo toliko izmenjeno, da ispred sebe imaju „nešto toliko“, za šta je zadužena telesna shema, možda i njihova svesna reprezentacija (telesna slika) odslikava ovu situaciju pa se granice tela pogrešno procenjuju.

Ono što čini ovu situaciju dodatno zanimljivom je to što u igri nisu samo objektivna telesna promena i njen fenomenološki aspekt tj. kako se ta promena pojavljuje za ženu. Otelovljenost je u trudnoći, kao i u drugim životnim situacijama, posredovana reprezentacijama i normama koje određuju konkretno iskustvo i ponašanje. U slučaju trudnoće dominantne reprezentacije i norme tiču se bebe koja je u stomaku i želje da se ona zaštiti.

*„Kao da hoću da uvučem stomak. Hoću da prođem između dvoje ljudi, hoću da uvučem stomak u tom trenutku kad ga uvlačim, već fizički ga uvlačim, ja se setim da imam bebū. Kao izvinite samo malo. **Ali sad sam npr. svesna da imam stomak, zato što vidim sebe da nesvesno kada prolazim pored ljudi, držim stomak.** Da me neko ne šutne. Tako da sad u zadnje vreme ne, to mi se ranije dešavalo.“*
(Sofija)

U ovom odeljku prisutan je zanimljiv zaplet – Sofija zaključuje da je „svesna da ima stomak“ na osnovu toga što „vidi sebe da nesvesno“ rukom štiti stomak kada se nalazi napolju i među ljudima. Dakle, obzir prema bebi i potreba da zaštiti stomak doveli su do

toga da on postane stalno prisutan, iako na implicitan način. To što se žene u trudnoći po pravilu identifikuju sa svojim stanjem, podrazumeva da one počnu svoje telo da opažaju i doživljavaju kao prostor u kome se beba razvija i kao nešto što bebu održava u životu – „žena se pretvori kao u neku čauricu za bebu“ (Una). Zato obzir prema bebi i potreba da se ona štiti i čuva od svih negativnih uticaja postaje nešto što u značajnoj meri određuje najrazličitije aspekte svakodnevnog života žene i što na suštinski način menja njenu životnu situaciju.

* * *

U prethodnim poglavljima bavili smo se različitim aspektima iskustva trudnoće. Žena kao subjekt je na kraju devetog meseca oblikovana svim ovim iskustvima i ona značajno određuju to kakva očekivanja od porođaja ona ima i kako će uspeti da se nosi sa tim dramatičnim završetkom ovog dugog procesa. Znanja i veštine koje je tokom prethodnih meseci stekla i odnos prema sopstvenom telu koji je izgradila omogućiće joj izvesna pozicioniranja i definisaće njene potrebe i preferencije. Ipak, stvarni ishodi u velikoj meri zavisice od materijalnih i simboličkih karakteristika institucionalnog okruženja u kome se porođaj odvija. Svim ovim temama biće posvećen naredni deo rada.

ŽENA KAO SUBJEKT POROĐAJA

"Only now could the birth itself begin — now, that is, that this event of nature had been immersed in culture, in the ordered ritual which made the birth a social and human act." (Wilson, 2003: 135)

Dramatične telesne promene tokom porođaja predstavljaju izazov za otelovljenu subjektivnost žene. Ipak, ove telesne promene ne odvijaju se u vakumu. Žena je suočena sa mnogobrojnim reprezentacijama porođaja, podvrgnuta je različitim medicinskim tretmanima, na specifičan način je pozicionirana u lokalnom institucionalnom okruženju. Sve ovo određuje to kako će se ona osećati i koja ponašanja će joj biti dostupna, odnosno kakav će biti sveukupno način na koji će doživljavati proces koji joj se dešava.

U ovom delu izlaganja i diskusije rezultata baviću se subjektivnim aspektom porođanja, time kako se porođaj pojavljuje za samu ženu. Analiziraću to kako se ona odnosi prema nizu telesnih i medicinskih događaja tj. da li uspeva da prisvoji i bude akter tog procesa koji joj se dešava. Krenuću od pretpostavke da je moguće pratiti transformaciju ženinog subjektivnog iskustva tokom porođaja kao kompleksan proces koji je određen interakcijom između konstantno promenljivih telesnih događaja i medicinskih praksi i tehnika kojima je podvrgnuta u konkretnim institucionalnim okolnostima. Dosta pažnje će biti posvećeno i tome kako je žena kao subjekt pozicionirana u lokalnom bolničkom okruženju i kakve to posledice ima po njen doživljaj, ali i po tok i ishod porođaja, dakle, uslovno rečeno, i po subjektivni i po objektivni aspekt ovog procesa.

Pojava porođajnog tela za ženu

„The greatest impediment to understanding normal labor is recognizing its start.“

(Cunningham et al., 2010: 382)

Kako žene prepoznaju početak porođaja? Na šta se sve oslanjaju da bi ispravno interpretirale svoje stanje tj. na koji način se za njih pojavljuje porođajno telo? U prethodnom poglavlju, prilikom razmatranja načina na koje se *trudno* telo pojavljuje u iskustvu žene, pokušali smo da ukažemo na to da u mnogim situacijama razumevanje i

interpretacija sopstvenih telesnih stanja za ženu nije ni malo lak i neposredno rešiv zadatak. Kada je reč o pojavi porođajnog tela, to još više važi. Analizu i diskusiju porođajnih narativa započecemo na sličan način kao izlaganje trudničkih narativa – jednim dugim opisom relativno kompleksnog iskustva koje je ujedno reprezentativno za to kako se uobičajeno za ženu pojavljuje porođajno telo.

*„I u toku cele te noći kontrakcije su se nastavile. U toku noći su me probudile jedno tri te kontrakcije. Ja probudim se i onda čekam. Uzmem sat i vidim hoće li se pojaviti sledeća. Međutim, sledeća se ne pojavljuje više od petnaest minuta i onda nema potrebe. I onda zaspim ponovo. Međutim onda su se ujutru, oko devet sati sam se probudila i vidim da se ponavljaju kontrakcije i nisu jake bile, nego samo vidim da se prosto pojavljuju. I tad sam počela da merim vreme. Nisam merila možda od prve, ali... I krenem da merim, sad na osam minuta su se, ali tačno na osam minuta su se lepo javljale. I ja brojim sad jedna, druga, treće i stignem do petnaest, šestnaest, sedamnaest, osamnaest i stane. Ali potpuno stane. Kao da se do tog trenutka ništa dogodilo nije. Prosto prestanu. I nema, i nema, i nema. I sad ne znam šta to znači. **Sad po pripremi sve je vrlo jasno bilo.** Što je sad stalo?! I nema sat vremena, jedno dva sata i negde oko tri vidi moj muž da sam se ja uzvrtela. 'Ajde mi da odemo da se pregledaš pile, ajmo da se pregledaš pa ćemo da vidimo.' I odlazimo, sednemo u kola i odlazimo u bolnicu. (...) Stavi me doktorka na CTG, ovo je ok. Ajde lezi, da me pregleda. I ona je, e sad ne znam kako je ona to izmerila, kaže ovako 'otvorenost prst i po, a grlić je 0,75'. I sada ona već, aha skraćuje se, krenulo je već i ti imaš tu neke kontrakcije. Nije to ništa strašno, ništa se to ne dešava. Ma kao 'gde živiš?', to me je pitala, rekoh 'za pet minuta mogu da budem tu'. 'Dobro, ajde onda ništa, ideš kući, pa se vidimo verovatno večeras.' (...) I one su se u toku popodneva nastavile. Prosto samo intenzitet tih kontrakcija, odnosno jačina je postala takva, da je recimo negde oko devet sati da sam ja imala jednu kontrakciju koju, ja sam kao sve, nisam još uvek ni disala, jer nije imalo potrebe. Ali ova kontrakcija je bila tako jaka da mene, mislim jaka nije to, opet sam je ja savladala, nije to ništa strašno, ali bila je, ja sam verovatno porumenela ili nešto jer je sestra rekla 'jesi dobro?' A mislim znaju svi tu, sedimo pričamo, ja sam uključila štopericu, rekla sam im da brojim kontrakcije, svi su svesni šta se dešava. 'Jesi dobro?' 'Jesam.' 'Je l' ti sad bila kontrakcija?' 'Sad je bila kontrakcija.' 'Pa jesi dobro?' Rekoh, 'da, da'. 'Faca ti je u trenutku i boja ti je izgledala tako kao da će da se isповrćaš.' Znači to je ona primetila onako gledajući me sa strane. I onda sam joj ja rekla 'da, da, bila je jača kontrakcija'. **I to mi je bio signal da krenem u porodilište.**“ (Teodora)*

Teodorino iskustvo sadrži nekoliko bitnih aspekata koji će u ostatku poglavlja biti detaljnije komentarisani. Pre svega, vidimo da je javljanje porođajnog tela proces tokom kojeg se jedan poseban njegov deo – kontraktilna materica – pojavljuje i nestaje iz ženinog fenomenološkog polja. Ona pomno prati kvalitet i učestalost ovog pojavljivanja jer na osnovu prethodno usvojenog medicinskog znanja (sa kojim se detaljno upozнала na pripremama za porođaj) prepoznaje u njima indikatore početka porođaja. Ipak, ovo oglašavanje tela je višesmisleno i nepredvidivo, ne uklapa se dobro u normativni okvir postavljen u medicinskim udžbenicima, a ženi je neophodno da reši taj hermeneutički zadatak, jer od njega zavise brojni važni praktični ishodi. U čitavoj situaciji značajnu ulogu igraju i druge osobe – Teodorin muž i sestra, kao i lekarka u porodilištu. Oni omogućavaju da se za samu Teodoru njeno iskustvo pojavi kao transparentnije. Ono što se na kraju usvaja kao ključni „signal“ koji upućuje na to da je porođaj verovatno počeo i da treba da ode u bolnicu, jeste saglasnost između njenog doživljaja bolne kontrakcije i toga kako se ova kontrakcija pojavila za drugu osobu. Dakle, žena nema neko *neposredno* i *privilegovano* razumevanje procesa koji joj se dešavaju i sopstvenih telesnih doživljaja. Većina žena je svesna ove situacije i strepi oko toga da li će biti u mogućnosti da na vreme prepozna početak porođaja, što je jedan od glavnih izvora neizvesnosti tokom devetog meseca.

„S tim što ja trenutno nemam paniku od porođaja, nego imam paniku da l' ću ja skontati kad to krene, kako, da odmah bežim u bolnicu. Više mi je to panika ...“ (Jasna)

„To hoću sad da se raspitam, pošto ja toliko toga čitam i sve sam pomešala, da mi baš doktor kaže koji znaci su tačno znak. Pošto ja imam kontrakcije već dugo i da mi kaže tačno kad da ga zovem. Kad da uzimam torbu. Mislim lako je kad pukne vodenjak ili kad prokrvariš, to je lako. Ali ako se to ne desi, šta onda, koji su drugi znaci?“ (Saška)

Kako se porođaj približava, žene kreću da budu dodatno usmerene na svoje telo, posebno ukoliko im lekar na osnovu stanja grlića materice ili veličine bebe na ultrazvuku najavi da će porođaj nastupiti uskoro. Tako medicinsko znanje ili tehnološki posredovane informacije, slično kao kod doživljaja prvih pokreta bebe, čine normativni okvir za doživljavanje i interpretaciju sopstvenog tela.

„Jeste da ti sad čim se uđe u deveti mesec odmah kreneš da razmišljaš. Pošto mi je doktor rekao da mi je skraćén grlič, ja sam bila ubeđena da ću se ranije poroditi. Ali ja nisam imala kontrakcije, bar ja

nisam osetila to nešto što je na to ličilo, nisam mogla pomisliti e sad mi je počeo porođaj. Jednostavno to je to iščekivanje. I jeste da ti poslednji dani mnogo sporije prolaze nego pre toga. Kako će da počne? To mi je bilo samo, razmišljala sam o tome kako će to da počne? Kad počne, to mi je već nekako, ali kako će da počne, šta će da mi se desi, ono sa vežbi, da li će mi pući vodenjak, da li će mi ispasti taj čep, da li će mi krenuti kontrakcije?“ (Tamara)

Žene bez izuzetka koriste medicinsko znanje za interpretaciju situacije i ono je široko dostupno kroz popularne knjige za buduće mame, internet sajtove ili prenatalnu obuku. One tako najčešće znaju za tri znaka koji najavljuju početak porođaja – pojavu kontrakcija, pucanje vodenjaka i izbacivanje sluzavo-sukrvičavog čepa. Iako Saška pogrešno misli da će imati problem samo sa prepoznavanjem kontrakcija, tj. razlikovanjem „lažnih“ ili pripremnih kontrakcija koje ona oseća već nekoliko meseci i „pravih“ kontrakcija koje su indikator početka porođaja, zapravo nijedan od ovih znakova nije neproblematičan – ni kao nesumnjivi indikator porođaja, ni kao nešto što žena može bez problema da protumači. Sva tri znaka su česta i indikativna, ali ne javljaju se obavezno kod svake žene. Pritom, i njihovo javljanje nije nužno znak početka porođaja – nakon ispadanja čepa, porođaj može započeti i nakon nekoliko dana, nakon pucanja vodenjaka takođe⁸³. Kontrakcije se mnogim ženama javljaju i tokom nekoliko poslednjih nedelja trudnoće, a nekim ženama skoro da izostaju do samog kraja porođaja. Što se prepoznavanja znakova tiče, tu je situacija još neizvesnija. Nije lako razlikovati ispadanje krvavog čepa od običnog krvarenja, jer to zavisi od boje krvi, kao i njene količine.

„To jutro na CTG-u nije bilo kontrakcija ni ništa. I ja sam onda došla kući i tipa u roku od pola sata primetim kao sukrvicu, onako braonkasto na vešu kad sam išla u wc. Pošto sam ja onda čitala pred porođaj, naravno o porođaju kako to izgleda, onda onaj sluzni čep i onda sam pretpostavila da je to u pitanju. Ništa, onda sam pozvala doktorku, imala sam njen telefon i onda sam je pozvala i rekla da sam to primetila i šta treba da radim. I ona je bila u fazonu ok, pitala me je je l' krv i kako to izgleda, je l' crveno, je l' braon, ja kao braon i sve. I ona ok nije to još ništa. I ništa, uveče otišla sam da se tuširam i onda vidim na tom ulošku crveno, kao krv baš onako crveno. I tu mi onako sad baš da li treba tako ili ne treba tako. I onda vratim film da me ova pitala svaki put da li je, koje je boje i to. I pozovem ponovo

⁸³ Mada je ta situacija donekle rizična, jer je beba izloženija infekciji, pa se porođaj često izaziva posle nekog vremena (ukoliko ne krene spontano) i ženi se daju antibiotici.

i ona kao to ti je kao početak porođaja, ali to je početak početaka i to samo znači da ćeš se u narednih 48 sati poroditi, ali ne znači da ćeš u narednih pola sata.“ (Nevena)

Dodatni izvor neizvesnosti postoji kada je krvarenje posledica grubog pregleda ili pokušaja lekara da ručno diletira grlić. I u ovom i u prethodnom slučaju vidimo da se procena lekara pojavljuje kao autoritativna reprezentacija situacije. Kod žena koje nisu u prilici da se oslone na mišljenje lekara (jer ne mogu da ga pozovu i konsultuju se), proces tumačenja i donošenja odluke je još dugotrajniji i kompleksniji.

„Kad sam došla od doktora kući primetim krv na gaćicama. I mislila sam da se odmah porađam. I pozovem ga i on mi kaže 'ne, to je od pregleda'. Zato što mi je uzimao bris. 'Ok je to.' Meni je krv curela dva dana, ne mnogo, nego onako po malo. I ja ga zovem drugi put i on mi kaže nemoj da se brineš to je sve od pregleda. I ja kad mi je počeo taj bol odem u wc i vidim sluz, nije bila krvava nego baš sluz. I ja ga pozovem i kažem 'doktore, mene boli jače na deset minuta i imam sluz, iako je prestala ona krv'. I on mi kaže 'ništa, dođi da te pregledam, možda te vratim kući.'“ (Saška)

Iako deluje da je makar pucanje vodenjaka jednostavno proceniti kao znak porođaja, ni to nije sasvim tako. U filmovima je to često predstavljeno kao iznenadni događaj tokom kog iz žene odjednom iscuri gomila vode i ona hitno mora da stigne do bolnice. U stvarnom životu vodenjak često naprsne delimično i voda samo počne da curi. Pored toga, nije uvek lako razlikovati curenje plodove vode, od nevoljnog mokrenja koje je izazvano time što je beba veoma nisko i ponekad udara ili pritiska bešiku.

„I došla sam kući i ja sad spavam uz tv. I onda kao da sam se upišala nešto malo i onda sam pomislila kako se nisam valjda upišala. I onda mi je palo na pamet da je napukao vodenjak, to sam čula na, to je jedino korisno na onim vežbama, što su me teorijski pripremili. I onda sam posle počela da njuškam gaće, ne bi li provalila da li to smrdi na mokraću. I kad sam provalila da ne smrdi i da je totalno bezbojno, kao da jebote to je. I onda legla, stavila sam peškir, nameru sam imala da sačekam jutro i sve.“ (Sonja)

One žene koje su prošle kroz psihofizičku pripremu za porođaj imaju dosta diferenciranije znanje i oslanjaju se na kompleksniji niz praksi kako bi procenile to da li je njihovo telo ušlo u porođaj. Tako one uče kako da na osnovu natopljenosti uloška ili peškira

procene da li je u pitanju pucanje vodenjaka i da li je ono potpuno ili delimično, kao i šta bi trebalo da urade u slučaju različitih scenarija⁸⁴.

„Ti tamo učiš sve varijante i kažu ti šta da radiš. Sam početak porođaja i ne znam šta. Ako ti pukne vodenjak, pa gde se nalaziš, pa šta da radiš, kako da radiš, pa šta treba da proveriš kod te vode, da li je ovaka ili onakva. Pa onda šta znači da su počele kontrakcije. Osećaš neke, ja sad već osećam tako neke bolove. Pa onda u stvari da li je to kontrakcija, nije kontrakcija, da prepoznaš. Pa tako da prepoznaš u stvari, nije ti pukao vodenjak, a ti si u porođaju, pa kako to znaš baš da je porođaj. I to su baš super stvari.“ (Ivana)

Javljanje kontrakcija je najčešći znak početka porođaja i on izaziva najviše nedoumica kod žena, iako ponekad postoji predrasuda i kod njihovog okruženja i kod medicinskog osoblja da se „to jednostavno prepozna“ (ženama majke ili medicinske sestre govore „ne brini, znaćeš kad ti krene“). Ipak, žene koje nisu osetile kontrakcije tokom trudnoće pitaju se da li će umeti da ih prepoznaju, one koje su ih ranije osetile, pitaju se kako će razlikovati „prave“ porođajne kontrakcije od tih ranih ili pripremljenih.

„Malo sad krenule su kontrakcije. Sad ja prosto ni ne znam šta je kontrakcija. Ne možeš ti to ni da zamisliš, ali svi kažu prepoznaćeš. Ali osećam na primer da me s vremena na vreme, recimo dva-tri puta dnevno jedan dan, a onda drugi dan ništa. Malo se to meša u poslednjih pet-šest dana. Da me onako malo preseče dole i to me onako malo zadrži i onda pusti. Pretpostavljam da je to kontrakcija i onako oštar je bol. Nije baš da je bezbolno.“ (Maja)

„Prvi taj osećaj su mi bile te menstrualne kontrakcije, mislim to tako me bolelo. I zato sam ja bila nesigurna, mislim 99% sam bila sigurna ok, to je, termin je probijen i sve to, nema šta drugo da bude ali kao ja zapravo ne znam.“ (Una)

Dodatni problem je razlikovanje kontrakcija od telesn neugodnosti koja često prati žene u devetom mesecu ili od pokreta velike bebe.

⁸⁴ Nekada su ova uputstva prilično kompleksna i od žena se očekuje usmerenost na situaciju i pribranost. Sledeći citat sadrži uputstvo o nizu koraka koje žena treba da preduzme ukoliko sumnja na delimično pucanje vodenjaka, a koje babica ponavlja na časovima priprema za porođaj: „U toku jednog sata, na svakih pet minuta u ležećem položaju menjamo veš ili uloške da bismo videli koliko su natopljeni. Ako je vlažnost više od 50%, onda idemo u porodilište. Ako nismo sigurne, u stojećem položaju menjamo veš ili uloške u toku pola sata na svakih pet minuta. Ako je vlažnost 100%, onda idemo u porodilište.“

„I jedino što nisam mogla da procenim da li je nešto što osećam već pomeranje bebe, jer beba je bila i velika i mrdala se dosta, ali sam ja osećala pomeranja neka, ali nisam znala da li su to pomeranja bebe, to te kontrakcije.“ (Nevena)

„Kontrakciju osećam vrlo jasno, sada kad sam naučila da je razlikujem. (...) Zato što mi je kontrakcija ono grč u bukvalnom prevodu. Samo se stegne. Kad sam naučila da ih razlikujem od pokreta bebe, pošto je živahna beba užasno.“ (Una)

Na pripremama za porođaj žene uče čak deset vrsta kontrakcija koje se razlikuju po subjektivnom doživljaju i lokalizaciji (tri materične, jedna krsna i šest mešanih kontrakcija). Za neke od njih im se kaže da se češće javljaju i da pre mogu da ih očekuju. Ipak, ono što je najrelevantnije kod prepoznavanja kontrakcija kao indikatora početka porođaja, što je znak za odlazak u porodilište, nije njihov kvalitet, najčešće ni intenzitet, već njihova učestalost. Najčešći način da žene prepoznaju da se radi o „pravim“ kontrakcijama jeste to što se one ponavljaju u relativno pravilnim razmacima. Sve sagovornice, bez izuzetka, oslanjale su se na merenje vremena kako bi procenile početak porođaja.

„Počele su mi kontrakcije za koje ja nisam bila sigurna da li su porođajne kontrakcije ili nisu. Ali sam ih merila. I one su od starta išle na četiri minuta. Od početka do kraja porođaja su tako išle. I onda sam ih ja merila i trebalo mi je petnaest minuta da ja ustanovim da one dolaze u redovnim intervalima. I onda sam probudila dečka i pozvala babicu da je pitam kao je l' to i ona je rekla kad sam joj opisala šta se dešava da je to to.“ (Una)

„Onako sam u stvari krenula da osećam kontrakcije i onda sam se fokusirala na njih i krenula da gledam, držala sam mobilni u ruci i krenula da gledam na koliko idu. I u stvari su kontrakcije bile na svakih sedam minuta. (...) I bila sam sigurna tek kad se ponovilo u stvari. Znaš kad je prvi put onda nisi, ne znaš, ali kad se ponovilo, onda kao aha aaaa ponovilo se, čekaj da vidim na koliko se ponavlja? Aha, vidi na svakih sedam minuta mi se ponavlja. I pomislila sam, aha, počelo je.“ (Nevena)

„Ja sam možda u pola devet te prve kontrakcije počela da dobijam, pri tom nisam bila ni svesna da li kontrakcije, šta su. Pa sam merila na sat. Uglavnom je bilo, jačina je, to sad opet je subjektivan doživljaj bola, pa bilo je kao neki grčiči kad dobijem. Osetim, mada prvo nisam ni bila svesna. Da li je to bilo? I krenem da merim na sat da vidim da li se ritmično ponavljaju. I na tri-četiri minuta su se ponavljali i trajali po deset sekundi, taj grčič.“ (Anđela)

Dakle, sva prikazana iskustva ukazuju na to da se kontrakcije pre svega prepoznaju na osnovu pravilnog vremenskog ponavljanja i da žene to utvrđuju praćenjem sata. Samo u

slučaju ponavljanja se porođajno telo stabilno održava u iskustvu. Ukoliko se proceni da se kontrakcije veoma nepravilno javljaju, a s obzirom na to da i dalje nisu bolne i neprijatne pa se ne nameću neposredno ženinoj pažnji, one se ignorišu u žena nastavlja sa uobičajenim funkcionisanjem. Njeno telo se ponovo povlači u pozadinu. I u slučaju ritimičnih kontrakcija, žene koje su išle na pripreme za porođaj znaju da nije dovoljno da se kontrakcije ponavljaju, već da je bitno koliko njih se ponovi i na koliko minuta. Odnosno, znak početka porođaja je tek „dvadeset proživljenih kontrakcija sa razmakom kraćim od deset minuta za prvorođanke i deset kontrakcija sa pauzom manjom od trideset minuta za drugorođanke“ (iz izlaganja babice na pripremama)⁸⁵.

„Znači, osećala sam neke bolove, pa vidim da je pauza, pa kreću neki novi. I onda meriš. Ali onda nisu bile te lažne, nego su bile tek pripremne. Jer je fora kao kad one krenu na deset minuta, pa mora neki broj njih da bude, pa onda da se sve vreme skraćuje vreme od kontrakcija, onda je kao da je krenuo porođaj. A to ne bih znala da nisam bila na tim vežbicama.“ (Ivana)

„I čekam ono dvadeset kontrakcija sa pauzama manjim od deset minuta, sve onako kako je babica lepo rekla. Rekoh, neću da trčim u porodilište odmah, nema potrebe. (...) Ono kako su krenule kontrakcije, sve su jače i jače i sve je kraća pauza. Imala sam moj sat i ono krene kontrakcija i ja pogledam na sat da vidim koliko je sati i onda nastavim da spavam pet-deset minuta, mislim spavam, ali to uslovno rečeno spavam. Ali to ponovo krene pa pogledam pa brojim aha ovo je prva, sad druga, pa brojim. Dvadeset sam izbrojala i kad sam izbrojala dvadeset, to je bilo negde pola četiri. Znači od pola dva do pola četiri. I onda sam budila, probudila sam supruga, ajde ti da me voziš.“ (Maja)

Problem nastaje onda kada se oglašavanje tela ne uklapa savršeno u normativni okvir koji medicinsko znanje postavlja.

„Ja sam konstantno imala kontrakcije tih poslednjih dana, konstantno imam menstrualne bolove i bilo mi je teško. Osećala sam da se bliži. (...) I ja sam pitala doktora kako da znam da je to trenutak da treba da idem u bolnicu? On je meni rekao tako što će kontrakcije biti na pet minuta, sedam minuta, ti kao dođi, šta ti ja znam. Meni sad ništa od toga nije bilo. Ja sam imala potpuno nepravilne kontrakcije. Naime počne, stvrdne mi se i ja onda počnem da pratim i nemam šta da pratim. Na deset, na petnaest,

⁸⁵ Babica takođe ponavlja ženama da je bitno da prepoznaju „svoju kontrakciju“. Često se dešava da žena oseća više vrsta kontrakcija i da se one ponavljaju u nepravilnim razmacima, ali je bitno prepoznati onu koja se ponavlja na deset minuta, jer „ona će nam biti vodič i ona nas prati do kraja porođaja“. Iako ovakvo uputstvo ponekad olakšava ženama da se snađu prilikom tumačenja svog nejasnog i višesmislenog telesnog iskustva, stvarni doživljaj se često razlikuje od normativnog okvira, pa to situaciju čini još neizvesnijom, kao što ćemo uskoro videti.

na pet, na dvadeset. To što oni pišu po knjigama to nema veze sa životom. To uopšte nije bilo pravilno.“
(Saška)

Sličan slučaj smo imali u Teodorinom narativu kojim smo započeli poglavlje. Žene imaju izgrađena očekivanja i kada se njihovo iskustvo ne uklapa dobro u ta očekivanja, one ne znaju kako da ga interpretiraju i šta bi trebalo da rade. To njihovu situaciju čini još neizvesnijom. Po pravilu se tada oslanjaju na neke dodatne indikatore – jačinu bola, mišljenje drugih osoba, neke spoljašnje naznake (kao što je promena boje lica u Teodorinom slučaju ili čak to što spontano počnu da dišu onako kako su učile na pripremama, što im služi kao znak da ne uspevaju lako da savladaju kontrakcije). Žene ponekad sasvim dobro znaju „kako to treba da izgleda“, ali svoje iskustvo ne uspevaju da povežu sa tom slikom. Situaciju dodatno komplikuje to što su u procenu početka porođaja uključeni i drugi ljudi (partner, doktor) i medicinske tehnike (pre svega CTG), ali oni takođe ne pružaju jednu i to neproblematičnu interpretaciju situacije.

„U utorak su meni krenuli kao mali bolovi, ali kao to nije ništa. I u sredu ja vidim mene to boli, ali bukvalno bol kao kad treba da dobiješ. E sad ja sam išla na vežbice gde ti objašnjavaju te vrste kontrakcija. Kao tri načina mislim mogu kontrakcije ili da ti pukne vodenjak i to nešto i to je porođaj. Ali nikako nisam povezivala da i ovo može da bude neki znak. I ja sam otišla u Dom zdravlja ujutru, da me stave na CTG, da vidimo da li imam kontrakcije. I ona mi stavi i kao imaš kontrakcije, ali ništa primiri se ti danas kući. (...) A ja sam tek ušla u deveti, međutim meni to u sredu uhvati tako da boli, u krstima, kao jači bolovi pred menstruaciju kad se dobija. Međutim, ja naravno ne smatram da je to porođaj. (...) Međutim mene to popodne već krenulo sve jače i jače da boli. I ja kao neću nikoga da zovem i neću da paničim, i ja sam ovako sve kao opuštена. I tu negde oko osam-devet ja već vidim da ne mogu da se ispravim, koliko mene boli. Bole me krsta. Znači nisu mi pričali na vežbama da to može da bude tako nešto. Posle toga konsultujem se sa mužem, šta da radim, da zovem doktora. I ja ga ipak okrenem. (...) On kaže ipak Vi idite do bolnice da oni Vas pregledaju.“ (Jasna)

Veoma je čest slučaj da žene nekoliko puta odlaze u porodilište odakle ih vraćaju ili im govore da dođu za nekoliko sati. Ono što situaciju javljanja porođajnog tela čini izuzetno neizvesnom i različitom od javljanja trudnog tela jeste to što postoji problem sa utvrđivanjem početka porođaja i u *objektivnom*, ne samo u *subjektivnom* smislu. U referentnom akušerskom udžbeniku je to formulisano na sledeći način: „Striktно određenje porođaja – *javljanje materičnih kontrakcija koje dovode do očiglednog skraćanja i širenja*

grlića materice – ne pomaže lako lekaru da utvrdi kada je porođaj zapravo počeo, jer ova dijagnoza može da se potvrdi samo retrospektivno (Cunningham et al., 2010: 384).“ Dakle, za razliku od utvrđivanja početka trudnoće tj. začeca, koje se nedvosmileno registruje merenjem nivoa hormona u krvi (i pored svih neizvesnosti koje mogu da uslede), utvrđivanje početka porođaja je i za medicinu tj. lekare kompleksan proces sa neizvesnim ishodom. Formalni kriterijum koji se, na osnovu istog akušerskog udžbenika, primenjuje u većini zemalja jeste to da se za početak porođaja proglašava vreme prijema u porodilište (koji su popularizovali rodonačelnici aktivnog vođenja porođaja (O’Driscoll et al., 1973). Ovaj kriterijum koji omogućava da se za svaku ženu veoma precizno utvrdi početak porođaja (u minut), naravno samo prikriva, a ni najmanje ne rešava sve dijagnostičke nedoumice. Postoje mnogobrojni predloženi kriterijumi za *prijem u porodilište* koji se vrte oko već spomenuta tri znaka početka porođaja, ali, zapravo, odluka je ostavljena proceni svakog pojedinačnog lekara. Tako, u realnim okolnostima, u procenu toga da li će se računati da je porođaj počeo ulazi niz indikatora i svaki od njih se procenjuje na osnovu neke specifične medicinske prakse ili tehnike: otvorenost grlića materice i stanje vodenjaka – procenjuju se prstima lekara na osnovu vaginalnog pregleda; prisustvo kontrakcija – procenjuje se čitanjem ispisa sa CTG-a; veličina bebe – procenjuje se na osnovu parametara sa ultrazvučne slike; premašenost termina – procenjuje se na osnovu Negelove formule⁸⁶. Nijedna od ovih procena nije neproblematična i sve se oslanjaju na kompetencije i znanje lekara (i verovatno njegovo prethodno iskustvo), preciznost medicinske tehnike, dobru podešenost aparata telu žene⁸⁷, različite dijagnostičke norme itd. U odluku da se žena zadrži u porodilištu ulaze čak i kontingentne okolnosti poput dežurstva njenog izabranog

⁸⁶ Termin porođaja određuje se prema Negelovom pravilu – datum prvog dana poslednjeg ciklusa + godinu dana – 3 meseca + 7 dana (Zdravstvena zaštita žena u toku trudnoće, 2005; Mladenović et al., 2008). Ipak, žene su ponekad uverene da im termin nije dobro procenjen, jer imaju kraći ili duži razmak između ciklusa nego što je prosek (na osnovu koga se formula računa) ili otprilike znaju kada su zatrudnele. Ivani su, na primer, indukovali tj. izazvali porođaj zato što je premašila termin za koji je uverena da je pogrešno procenjen: „Znači fora je bila u tome što sam ja te nedelje prenela trudnoću. Ali opet, s druge strane, ja sam znala da ja nisam zatrudnela tada kada su oni izračunali. Fora je što ako ti nije ciklus na 28 dana, ta matematika ne funkcioniše. Mi smo dete napravili na moru, a pre toga se nismo viđali, znači nismo mogli virtuelno dete da napravimo. I onda je bilo 'ljudi, ja znam da nisam tada sigurno'. Još sve vreme trudnoće dete manje dve nedelje. I kao ok. Ali oni su držali da je to treći maj i gotovo. Nema ovoga, sve je dete ima šta da jede, ali onda kada smo ušli u treću nedelju kako prenosim trudnoću, onda je bilo 'e danas ostaješ'. (Ivana)“

⁸⁷ U narativima su se često spominjali pogrešni rezultati na CTG-u, jer žena ne može zbog velikog stomaka dugo da leži na leđima, pa se pomeri i aparat sklizne i ne izmeri precizno tonove bebe. Na sve peripetije koje prate pregled CTG-om vratićemo se u odeljku koji sledi.

lekara ili njenog mesta stanovanja (da bi mogla brzo da dođe do porodilišta, kao u Teodorinom slučaju sa kojim smo započeli izlaganje rezultata).

Ovim postupkom operacionalizovanja i formalizovanja, početak porođaja postao je nešto što ne može da se odvije van institucionalnog okvira, jer je izjednačen sa prijemom u porodilište. On je tako prestao da referira na neko stanje trudne žene koje se javlja pre i nezavisno od medicinskog tretmana. On je i u bukvalnom smislu konstituisan tek kada lekari i tehnike stupe na scenu. Ukoliko se žena u porodilištu pojavi relativno kasno, ona će u medicinskoj dokumentaciji biti zavedena kao pacijentkinja koja je imala rapidan porođaj, jer će se poroditi u roku od nekoliko sati. Ukoliko se žena pojavi (uslovno rečeno) prerano, a na osnovu (opet uslovno rečeno) pogrešne procene lekara nju ipak prime, računajući se da je imala produžen porođaj i verovatno će biti uloženi medicinski naponi da se faza širenja grlića ubrza i skрати⁸⁸. Dakle, određivanje početka porođaja ima veoma značajne praktične posledice – žena se šalje na odeljenje i započinje se niz praksi – merenje karlice, brijanje, klistir, priključivanje infuzije sa glukozom i/ili hormonima itd. Jednom započet proces ne može se više prekidati tj. nema predomišljanja – kada se proglašuje da je porođaj počeo, nepravilne kontrakcije ili njihov prestanak se interpretiraju kao smetnje u odvijanju porođaja, a ne kao pogrešno procenjen početak. Od procene početka zavise intervencije koje ubrzavaju porođaj, jer se oslanjaju na pogrešnu procenu sporog napredovanja⁸⁹. Anđelino iskustvo dobro ilustruje koliko neizvesnosti je povezano sa medicinskom tj. „objektivnom“ procenom početka porođaja i koliko se mišljenja lekara mogu razlikovati.

⁸⁸ Ponekad i same žene artikulišu ovu dilemu tj. proizvoljnost medicinskih normi, jer prepoznaju kako je početak njihovog porođaja formalno određen i čak ni retroaktivno ne uspevaju da procene njegovo trajanje: „Pa ja ne znam više moj porođaj, kad izvrtim film unazad i ono što sam učila na vežbama, ja ne znam da li bih mogla svoj porođaj da svrstam u rapidan ili u prosečan. Jer ipak sam ja počela, to je krenulo negde od četvrtka. E sad ne znam, sad kad bi krenuli da merimo, od kog trenutka oni meni mogu da kažu e počela si tada da se porođaj i porođala si se dva, pet ili šest sati. Ja sam u porodilištu od trenutka prijema, znači primili su me u 11:20 i ja sam se porodila u 2:20. Tačno posle tri sata. To je rapidan porođaj. E sad, ja sam imala kontrakcije od četiri popodne prethodnog dana, onda je to prosečan. I onda tako da ne mogu sad da odredim. (Teodora)“

⁸⁹ Klinička istraživanja ukazuju na ozbiljne medicinske posledice neadekvatne procene početka porođaja. Jedna studija je poredila porođajne ishode 6121 žene koje su primljene u porodilište sa kontrakcijama, ali tek kada je grlić bio otvoren više od 4 cm sa ishodom 2697 žena koje su primljene pre tolike otvorenosti grlića (Baillet et al., 2005; prema Cunningham et al., 2010: 391). Žene iz druge grupe su dobile više hormona za indukovanje porođaja, imale su problema sa napredovanjem porođaja i otvaranjem i autori zaključuju da su intervencije lekara uzrok kasnijih smetnji tokom porođaja. Sve sagovornice koje su imale podatke sa prijema o otvorenosti grlića su primljene u porodilište, iako je dilatacija bila manja od 4 cm (u nekim slučajevima i 1 cm ili ni toliko).

„To je baš termin bio, 22. I ja dolazim kod nje i opet CTG ništa, pregleda me ručno, kao tri prsta si otvorena, nešto kao spustila se beba, ajde ti lepo, ja sad mislim tri prsta... ali nema kontrakcije, nema ništa i to je to. I ja sam mislila šta tri prsta ništa. I sad kao misleći reći će 'ajde ti lepo kući, sad ništa', ona kao 'ajde ti lepo u porodilište'. Ja kao 'šta u porodilište?!', i ona kao 'da, da, da'. I ona ništa, izbaci me tamo, prijem tamo, prijem tamo. I ja otišla, spremila to sve što treba, uradila klistir, oni me odveli gore u porodilište, stavili na sto. **I ja sad nesvesna, porađam se, a nemam ni jedan jedini simptom, apsolutno ništa.** Ništa. Nije mi ni vodenjak pukao, ni ništa. Ja sad totalno u čudu, pa što si me ženo poslala gore. Tek su onda došli lekari. I rekli su 'pa ko ti je doktorka?', 'pa što si došla?'. 'Mislim doktorka me poslala, otkud znam.' Onda su me oni pregledali. I sad dali su mi glukozu, ili indukciju, ne znam, kao neku infuziju, pa da vidimo da li će nešto da se desi. (...) I posle je taj došao, to je valjda njima šef, doktor R., i pita 'pa što si došla?' 'Pa ne znam što sam došla.'“ (Anđela)

Jasno je da je za Anđelu situacija sasvim zbunjujuća. Ona sama nije osetila ni prepoznala bilo kakav znak početka porođaja, već je taj dan bila na redovnom pregledu i poslali su je da se porodi. Čak ni CTG nije pokazivao kontrakcije, ali je lekarka na osnovu toga što je Anđeli termin, i što je počeo da se otvara grlić, a zna da je beba velika, odlučila da proglasi početak porođaja. Deluje da se ni lekari u porodilištu ne slažu sa odlukom doktorke na prijemu, ili da im ona makar nije sasvim jasna, ali oni postupaju dalje prema predviđenoj proceduri. Za Anđelu je porođaj tako sasvim *spoljašnje* definisan i oseća se čudno što postoji disproporcija između njenog otelovljenog iskustva („nemam ni jedan jedini simptom, apsolutno ništa“) i situacije u kojoj se nalazi („porađam se“) ⁹⁰. Sa ovakvim subjektivnim doživljajem koji je posledica tretiranja žene u porodilištu susrećemo se često tokom analize ovog dela rezultata. Na osnovu do sada rečenog postalo je jasno da je precizno utvrđivanje početka porođaja nešto što je nametnuto načinom na koji je on tretiran u savremeno doba, pre svega njegovom institucionalizacijom. Porođaj je tada postao proces izdvojen na faze za koje je vezan niz statističkih normi i koraka u tretmanu koje treba slediti (O'Driscoll et al., 1973). Lako je zamisliti da se za žene u prošlosti ovaj problem nije pojavljivao na bilo kakav relevantan način i da su one uobičajeno

⁹⁰ Medicinska transformacija porođaja, kao i institucionalni okvir, prateće procedure, „skriveni“ protokoli u porodilištu (nameravana aluzija na skriveni kurikulum) biće u narednom poglavlju detaljno komentarisani i Anđelino iskustvo može da nam posluži kao ilustrativan uvod u taj deo analize. Nakon toga bavićemo se i posledicama kojima ovakav sasvim spoljašnje definisan, i time otuđen, proces porođaja vodi – izrazito bolnim „veštačkim“ kontrakcijama, izostanku napona, neophodnosti da se porođaj završi forcepsom ili fizičkim pristiskom na stomak, pocepanom grliću materice, a ponekad i posledicama za bebu koja se rađa sa lošim tonusom mišića, modra i namučena.

funkcionisale sve dok su mogle da trpe bol koji je pratio kontrakcije. Takođe, pitanje preciznog određivanja početka se na manje dramatičan način javlja u kućnim porođajima.

* * *

Žena se na početku porođaja susreće sa analognim zadatkom koji je imala na početku trudnoće – zadatkom tumačenja nejasnog i višesmislenog visceralnog tela – samo što je sada zadatak neophodno znatno brže rešiti. Procena početka porođaja je proces, telo se pojavljuje i nestaje, između ostalog i u zavisnosti od toga da li se procenjuje da su njegova oglašavanja indikativna i relevantna. Takođe, kao i tokom trudnoće, žene se prilikom rešavanja ovog zadatka oslanjaju na medicinsko znanje – koje fiziološki model porođaja postavlja kao normativni standard za procenu otelovljenog iskustva, zatim na veštine i tehnike, svakodnevnih objekte poput sata, kao i na iskustvo drugih osoba. Svi ovi akteri omogućavaju da nemo prisustvo tela iz pozadine dođe u prvi plan i pojavi se kao telo koje se porođa. Interpretacija nejasnih i dvosmislenih telesnih senzacija jeste ono što omogućava praktično postupanje (npr. pakovanje i odlazak u bolnicu ili pozivanje lekara ili babice). Iako ima žena kod kojih početak porođaja odgovara medicinskom standardu koje su usvojile, kod mnogih je početak obeležen znatno većom neizvesnošću i on se tiče ne samo njihovog subjektivnog doživljaja već i procene lekara, indikatora koje pruža medicinska tehnologija, statističkih procena, usvojenih normi, kao i kontingentnih okolnosti koje nemaju veze sa samim porođajem. Jedna od značajnih tehnika za nadgledanje porođaja, koja ima važnu ulogu i prilikom utvrđivanja njegovog početka, jeste CTG i ovoj temi će biti posvećen naredni odeljak.

Uloga CTG-a (kardiotokografije)

"CTG je mnogo dobra stvarčica. On ti pokaže i da li da primiš ženu u bolnicu i šta da joj radiš i da li da je staviš na indukciju i da li da je vodiš na carski. Sve ti pokaže. A to za nekog običnog čoveka, laika, ništa ne znači. Prosto neki talasići na papiru. Ali, kad lekar to pogleda, on zna da jedna kockica gore ili dole mnogo znači i kaže ti šta da radiš." (iz intervju sa lekarom)

Praksa slušanja otkucaja srca fetusa javila se sredinom devetnaestog veka, a do kraja veka je prepoznato da su varijacije u otkucajima srca povezane sa stanjem novorođenčeta. Od šezdesetih godina pojavljuje se mogućnost elektronskog praćenja otkucaja (O'Dowd & Phillip, 1994: 27). Kardiotokografija (CTG) predstavlja neinvazivnu dijagnostičku proceduru koja omogućava beleženje srčane frekvencije ploda i tonusa materice (kontraktilnog stanja materice) i na osnovu toga procenu stanja ploda (Plečaš et al., 2005: 340). Od 36. nedelje trudnoće do porođaja žena se kontroliše CTG-om jednom nedeljno kako bi se pratili tonovi bebe (Zdravstena zaštita žena u toku trudnoće, 2005)⁹¹. U slučaju da se na osnovu nepravilnih otkucaja prepozna da plod pati, porođaj se izaziva ranije. Tokom samog porođaja CTG ima onoliko značajnu ulogu koliko ultrazvuk ima tokom trudnoće. On je posebno važan u slučaju žena koje se porođaju sa epiduralnom analgezijom i njima je CTG priključen sve vreme.

„E da, sve vreme ide CTG, jer onda oni samo na osnovu tog CTG-a mogu da znaju kako odmiču moje kontrakcije, jer ih ja uopšte ne osećam.“ (Nevena)

Kod većine žena koje se porođaju bez anestezije CTG se priključuje samo povremeno, tokom cele faze dilatacije. On omogućava uvid u stanje bebe i na osnovu ispisa sa CTG-a donose se mnoge odluke.

„Do jednog trenutka dok je doktor došao na CTG i rekao 'auuu mi preterasmo'. I babica 'jeste, jeste, mi preterasmo', 'ajde smanjij, smanjij, smanjij to'. Panika je nastala. Oni su preterali sa indukcijom. I bebi nešto nije bilo dobro. I CTG je bio loš. (...) U jednom trenutku su otkucaji bili mnogo brzi i tad su

⁹¹ Ipak, treba imati u vidu da je korisnost CTG-a kontrovezno pitanje u medicinskim krugovima. Neki izvori ukazuju na to da ne postoje dokazi da se redovnim CTG pregledima (kod urednih trudnoća) utiče na ishod trudnoće i ovaj stav ima najviši nivo zasnovanosti (pozivanje na meta analize visoko pouzdanih i dobro dizajniranih kontrolisanih studija; Zdravstena zaštita žena u toku trudnoće, 2005: 19)).

oni rekli u preterasmo. I oni su mi smanjili indukciju.“ (Saška)

Praćenje otkucaja srca bebe omogućava da se u akušerskoj situaciji pojavi još jedan pacijent na koga može da se utiče i o čijem stanju treba da se vodi računa. Ali, osim stanja bebe, CTG meri i učestalost i jačinu kontrakcija. Ovaj aparat na taj način objektivizuje aktivnost materice i krivulja kontrakcija pojavljuje se kao intersubjektivni pokazatelj, a često i dokaz, ženinog doživljaja. Upravo zbog toga se lekari oslanjaju na CTG kao na relevantan izvor informacija prilikom utvrđivanja toga da li porođaj počeo. Dok je iskustvo bola ili neprijatnosti subjektivna kategorija, grčenje glatke muskulature materice je objektivno utvrdiv parametar i jedino on se uzima kao dijagnostički relevantan. Ali, šta se dešava u situacijama u kojima postoji nesaglasnost između otelovljenog i tehnološki posredovanog znanja? Već smo komentarisali paradigmatičan primer ovakve situacije – Uninu reakciju na rezultat sa CTG-a koji pokazuje da beba nema srčanu radnju, iako Una oseća njene pokrete tj. ima otelovljeno iskustvo aktivnosti bebe. To da CTG pokaže jedno, a žena oseća nešto sasvim drugo, uopšte nije retka pojava. U to sam se uverila dok sam radila istraživanje na terenu, posebno kada sam razgovarala sa ženama u čekaonici u porodilištu. Sve te žene su bile blizu termina porođaja (ili im je termin čak prošao) i dolazile su da im urade CTG. Relativno često dešavalo se da CTG pokaže kontrakcije, iako ih žena ne oseća, i da je na osnovu toga pošalju u porodilište (tj. na odeljenje koje je sprat iznad), ali i da žena dođe na pregled jer oseća kontrakcije, ali da CTG to ne registruje i onda je pošalju kući. To pokazuje kakav status ženina interpretacija sopstvenog stanja ima među drugim, po pravilu medicinskim, interpretacijama, koje daju stručnjaci ili koje su tehnološki posredovane. Ona se po pravilu smatra irelevantnom⁹². Sonjin narativ pokazuje kako se žena oseća kada se zbog oslanjanja na tehnološki-posredovanu informaciju njeno stanje sasvim ignoriše. Ona je primljena na odeljenje porodilišta jer joj je pukao vodenjak i u bolnici je tokom noći dobila česte i regularne kontrakcije.

⁹² I samo medicinsko znanje često je nekoherentno i nekonkluzivno – to nam pokazuje Unin slučaj, jer CTG i ultrazvuk nisu pokazali isti rezultat. Žene koje na osnovu CTG-a pošalju u porodilište ponekad odatle vrata na osnovu vaginalnog pregleda koji ne pokazuje dovoljnu otvorenost grlića. Takođe, ispise koje daje medicinska tehnologija različiti lekari ponekad tumače na različiti način. Uostalom, o neizvesnostima u vezi sa medicinsko dijagnostifikovanjem početka porođaja već je bilo dosta reči u prethodnom odeljku. Ali, ono što se u medicinskom okviru isključivo traži jeste to da se uspostavi saglasnost između različitih medicinskih podataka (na primer, tako što će se slediti neka hijerarhija po kojoj se neki izvori smatraju pouzdanijim i preciznijim), a ne i to da medicinski i iskustveni podaci budu saglasni.

„I ja sve očekujem da će neko doći i da kao nešto. I celu noć ja imam kontrakcije i niko ne dođe. I ujutru jedva čekam da se dese te vizite ili šta se već dešava, da će neko doći. (...) I ja tu kao konačno srećna da saopštim da majci su krenuli bolovi. 'Majka je l' boli?' Ja kažem 'boli!' I ona, kao neka doktorka, 'neka boli, sad ćemo, još malo'. Rekoh 'šta malo, Vi ne znate, mene boli od tri noćas, na minut i po doktorka, šta da radimo?' I onda ona kao, 'donesite taj CTG'. I onda su donosili pet-šest puta to jutro. I sestri ja sam rekla 'ja imam već stvarno jake kontrakcije i traju već par sati i jako su česte i kao je l' možete Vi da nekome kažete to da se nešto dešava'. 'Nemoj ti ništa da brineš kao.' I posle trećeg puta ja kažem, dobro, već na pola sata s tim CTG-om dolazi i pogleda i ništa ne govori, 'je l' može doktorka da dođe? Je l' može da proveri grlić? Je l' možete da mi kažete šta tu piše?' Daj nešto, neki feedback. I onda je ona rekla, 'dobro majka, ajde dobro. Sad ste nestrpljivi, to mora kako priroda kaže i šta sad, da, da.' I tako sve dok izlazi mi priča. I u jednom momentu ona meni radi stoti put, ne znam, peti ali mi delovalo više premnogo i baš u tom momentu meni baš naiđe kontrakcija i ja kažem, 'evo sad me baš boli!' I na tom papiriću znači od ovog ima ovo (pokazuje prstima razmak od oko 2 cm), znači ništa, ja sam očekivala ovo (pokazuje prstima razmak od oko 15 cm). I ja kažem evo i sad kako ona vadi i cepa i ja kažem 'evo je l' vidite da imam kontrakciju, vidite da Vas ne foliram, ne razumem zašto mi niko ne veruje?!' I ona kao, 'pa dobro nije to baš jako'. Ti znaš tu sa strane brate koliko je meni to baš jako. A jako me boli. I ne očekujem sad ja da one saosećaju sa mnom, ja sam spremna to će da boli i u redu, na to sam pripremljena. Ali brate daj saslušaj me, makar malo duže gledaj u papir ako kažem boli. Toliko stvarno. Izvozač me 'jaoj majka, stvarno vidi vrh'. I izađi. Eto, uteši me toliko.“ (Sonja)

Sonja se u porodilištu suočava sa tim da medicinsko osoblje ignoriše njeno otelovljeno iskustvo. Onda kada odluče da ga uzmu u obzir, to čine tako što donesu aparat koji to iskustvo treba da validira. Sama Sonja nema nikakav uvid u to šta CTG pokazuje (što je činjenica na koju ću se uskoro vratiti) i to joj dodatno otežava da ono što oseća poveže sa bilo kakavom interpretacijom ili pokazateljem. Na kraju, uspeva da uporedi svoj subjektivni doživljaj bola sa grafičkom reprezentacijom kontrakcije koja je zabeležena na papiru i ostaje razočarana zbog njihovog nesklada. Ali, izgleda da ono što joj u čitavoj situaciji najviše smeta, jeste to što ne dobija nikakvu validaciju sopstvenog stanja od strane medicinskog osoblja. Njih zanima samo objektivna reprezentacija tog stanja, i na osnovu nje diskvalifikuju Sonjin subjektivni doživljaj. Time njen bol ostaje nepriznat, a samim tim i nepodeljen. On ni u jednom trenutku nije nešto na šta Sonja može da bude usmerena sa drugom osobom, što može da se na neki način podeli u jednoj intersubjektivnoj situaciji. To bi donelo utehu koju ona priželjkuje. Tokom analize porođajnih iskustava u narednim

poglavljima videćemo da je ignorisanje iskustva žene skoro pravilo tokom porođaja u ovdašnjim lokalnim institucionalnim okolnostima i da je peripetija u pogledu određivanja početka porođaja sasvim lepo najavljuje.

Naravno, moguća je i sasvim drugačija konstelacija odnosa između otelovljenog i tehnološki posredovanog iskustva koja omogućava unakrsnu validaciju oba i ne dovodi do otuđujućih posledica. Čak olakšava to da se kontrakcije pojave kao nešto što je intersubjektivno deljivo između ove sagovornice i njenog partnera.

„Ono što je zanimljivo, recimo prethodnog dana, kad sam ja osećala te kontrakcije. Kad smo otišli na taj CTG i sad ležimo i sad moj suprug je bio pored mene, tad su mu dozvolili da bude tu. I mi sad gledamo i ja mu kažem osećam taj subjektivni rast i stvrdnjavanje stomaka. A on gleda u onaj papir od CTG-a. I ja kažem, i on broji tamo, ja ne znam, recimo da je ta vrednost bila na dvanaest, ja mu kažem 'kako se ponaša sada taj broj?' I sad lepo meni kako raste, ja osećam da mi raste, on kaže ne znam 'evo petnaest, sedamnaest', došlo je recimo do dvadeset i pet i ja osećam recimo kako polako sad spada, kako polako popušta sve i on kaže 'evo, sada spada'. Znači bukvalno tačno kako je to tamo beležilo, tako se i ovo događalo. To je ono i tad sam mu rekla 'e to ti je kontrakcija!'“ (Teodora)

Može delovati da Teodora prosto učestvuje u objektifikaciji svog stanja i ukazuje na spoljašnji pokazatelj, obeležen CTG-om, kao na svoju kontrakciju. Ali deluje mi da je tako nešto omogućeno ne prosto time što CTG nešto pokazuje, već upravo time što postoji potpuna saglasnost između njenog subjektivnog doživljaja kontrakcije i spoljašnjeg pokazatelja. Time je njena unutrašnja situacija postala neposredno deljiva sa drugim, a nije postala otuđena, jer je ona aktuelno doživljava i može da navodi svog muža i da mu govori kada da prati iglu CTG-a. Već smo govorili o tome da žena često nema neki neposredni i privilegovani uvid u svoje stanje i posebno u tim trenucima tehnološka objektifikacija može da joj bude veoma relevantna. Razlog što medicinska tehnologija veoma retko ima takvu ulogu za ženu tiče se specifičnih okolnosti tj. načina na koji se ona za nju pojavljuje.

Sve sagovornice imaju veoma slično iskustvo sa CTG pregleda tokom trudnoće: one leže sa prikačenim aparatom na stomaku desetak minuta, u prostoriji sa bar još jednom trudnom ženom, čuju glasno otkucaje srca bebe i nakon pregleda im doktor vrlo šturo kaže na osnovu ispisa sličnom onom sa EKG-a da li je sve u redu. Ponekad taj ispis i dobiju, ali im niko nikada ne objasni kako da ga pročitaju niti šta su očekivane vrednosti.

„Ja ne znam, taj CTG, koliko sam razumela, meri kontrakcije i meri otkucaje bebinog srca. Ali ja ne znam sad ni koje su to vrednosti ni mere. Nešto nisam se preterano udubljavala. A nije mi ni doktor sam rekao, samo ti kaže sve je ok ili nije ok. To je neki aparatić koji ja ne vidim, ne gledam u njega. Znam da samo kad ti daju taj papirić iz tog aparata izgleda kao EKG.“ (Maja)

„Znam kako izgleda, ali ne znam da ga rastumačim. Dok on ne pogleda, niko mi nije objasnio, ovo ti je ovako, ovo ti je zato ovako. Tako da se ja nisam ni udubljavala u to. On to pročita i kaže tonovi su dobri, nema kontrakcija i to je to.“ (Teodora)

„B: A je l' se nisi uopšte oslanjala na CTG tokom porođaja?

I: Pa šta ima ja da se oslanjam na to, **to je njima sprava, nije meni.** (...) Ne znam ja to da koristim taj aparat, mislim. (...) Nešto čuješ. A to nešto niko ti nije objasnio. Mislim da sam negde sa sela, nemam pojma, mislim malo sam negde nešto pročitala, pa nešto kao znam, pa ok.“ (Ivana)

Dakle, CTG je ostao informativan samo za lekara, ne i za samu ženu. U citatu kojim počinje ovo poglavlje o CTG-u lekar ponosnim tonom referira upravo na ovu disproporciju u znanju. To što žene često ne znaju kako da protumače ispis (ili brojeve na ekranu, kod savremenijih modela aparata) postaje posebno relevantno na porođaju. Tada žena često ostaje sama, ponekad na duži period vremena, i mogla bi samostalno da ima uvid u to kakvo je stanje bebe. Tokom terenskog istraživanja susretala sam se sa slučajevima žena koje su uspevale da prate CTG nalaz i tako su mogle da primete da tonovi bebe padaju i da odmah pozovu medicinsko osoblje⁹³. Čak i onim ženama koje su naučile kako da protumače CTG ispis (tako što su ove informacije potražile na internetu ili čule na pripremama za porođaj) često je onemogućeno da posredno prate stanje bebe, jer su aparati postavljeni tako da žena ne može da ih vidi dok leži.

„Pa ne vidiš ga zato što ti ovako je tu sa strane. Ne možeš da se digneš. Ne vidiš ga, ne možeš ti to da gledaš. Ti samo čuješ. Kažem ti na momente nisam ništa čula, pa se uplašim, pa se pomerim, pa čujem.“ (Saška)

„Ali nisam ja taj CTG, nisam ga videla, čula sam, čuje se ali ga ne vidim.“ (Maja)

„(...) nisam mogla lepo da vidim iz svog položaja, nisam mogla taj ekrančić da vidim iz svog položaja.“ (Anđela)

⁹³ Dve sagovornice su odmah odveli na carski rez nakon što su ih pozvale zbog lošeg CTG ispisa.

U poglavlju koje se bavi ulogom ultrazvuka tokom trudnoće postoji odeljak sa imenom „Situirana tehnologija: otuđujuća konstelacija ultrazvučnog pregleda“ u kome je analizirana uobičajena konstelacija pregleda tj. način na koji se žene susreću sa medicinskom tehnologijom u lokalnoj praksi. Situacija sa CTG-om je u velikoj meri analogna. I ovde se pokazuje da situiranost tehnologije u lokalnoj medicinskoj praksi stoji na putu tome da se ona za ženu pojavi na neotuđujući način i drugačije se odnosi prema ženinom otelovljenom iskustvu.

* * *

Tokom analize materijala iz porođajnih narativa koja je izložena u prethodna dva poglavlja pojavili su se mnogi aspekti institucionalnog okruženja i načina na koji su žene u porodilištu tretirane koji će detaljno biti analizirani na sledećim stranicama. Pokušaću da pokažem da konkretna konstelacija medicinske prakse, implicitne i eksplicitne norme, obrasci odnošenja, ali i materijalne karakteristike institucionalnog okruženja presudno određuju to kako će žena doživeti porođaj i svoju ulogu u njemu.

Medicinsko tretiranje porođaja u lokalnim institucionalnim okolnostima

„Savremeno vođenje porođaja podrazumeva njegovu potpunu kontrolu u svim fazama.“

(Momčilov, 2005: 345)

"Ti samo treba da ležiš, da čutiš i da raširiš noge." (žena intervjuisana u porodilištu)

Šta se dešava sa ženom kada uđe u instituciju tj. šta karakteriše medicinski tretman porođaja u lokalnim okolnostima? U prethodnom delu rada videli smo da su medicinska znanja, prakse i tehnike za ženu prisutni tokom celog procesa trudnoće, ali ulazak u bolnicu sa sobom nosi izvesne specifičnosti, koje, iako povremeno vidljive, na primer u konstelaciji antenatalnih pregleda, nisu bile tako očigledne, ili makar nisu vodile tako dramatičnim posledicama. Cilj ovog poglavlja biće da rekonstruiše institucionalno pozicioniranje žene tokom porođaja i posledice koje to ima po njenu doživljajnu subjektivnost. Ocrtavanje karakteristika institucionalnog okruženja pomoći će nam da razumemo i uže uzeto medicinske prakse koje se nad ženama tokom porođaja vrše. Takođe, to će omogućiti i da se medicinska tehnologija pojavi kao situirana, i samim tim biće olakšana kontekstualizovana interpretaciju njenih efekata.

Kao što je u metodološkom poglavlju najavljeno, podaci o lokalnom institucionalnom okruženju i medicinskim praksama i tehnikama koji su dobijeni u intervjuima sa ženama dopunjeni su analizom sekundarnog materijala: beleškama sa terenskog istraživanja u porodilištu, informacijama dobijenim iz razgovora sa malobrojnim lekarima koji su pristali na razgovor i analizom medicinskih udžbenika.

Medicinska reprezentacija porođaja

„Porođaj je potpuno istiskivanje ili izvlačenje ploda, posteljice, pupčanika i plodovih ovojaka kroz porođajne puteve u spoljnu sredinu, i to posle 20. nedelje gestacije.“ (Momčilov, 2005: 342)

Uobičajena medicinska predstava žene koja se porađa – 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 pokrete i biološki uslovljen rad kako bi se beba rodila, bez bilo kakve subjektivne uključenosti žene. Tako se porođaj određuje kao „skup mehaničkih zbivanja nastalih na fiziološkoj osnovi koji dovode do istiskivanja ploda iz polnih organa žene“ (Ristić, 2001: 119). U nekim definicijama porođaja u medicinskim udžbenicima žena i njeno telo se čak i ne spominju i porođaj se predstavlja 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. „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 određenjima je i identifikovanje onoga što utiče na tok i ishod porođaja, a što se u akušerskom diskursu naziva porođajnim faktorima. Sve potencijalne determinante porođaja svode se na tri faktora: odlike porođajnog puta ili kanala (karlica, grlić materice, vagina), porođajnog objekta (položaj, stav, držanje, smeštaj i veličina bebe) i porođajnih snaga (pod čime se podrazumevaju *nevoljna* grčenja glatke i poprečno prugaste muskulature tj. kontrakcije i naponi) (Čutura, 2005; Mladenović et al., 2008)⁹⁴. 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 odslikava 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 drugoj⁹⁵:

„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 porođajna 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 intervju sa lekarom)

⁹⁴ Neki autori, pored ovih fizioloških faktora, kao izuzetno značajnu ističu ulogu akušera: „Znanje i iskustvo akušera i njegova etika su osnovni faktori uspešnog završetka porođaja i rađanja zdravog i nepovređenog deteta.“ (Ristić, 2001: 134)

⁹⁵ Upravo ove karakteristike procenjuju se na pregledu priliko prijema u porodilište, što se u medicinskim udžbenicima prikladno naziva „primarna obrada pacijentkinje“ (Momčilov, 2005). Jedna od ispitanica opisala je proceduru na sledeći način: “To se meri jednim glupim... znači oni procenjuju bebu, veličinu bebe ultrazvučno i kažu, ne znam, ona je tolika. A onda donesu nešto što liči na šestar. Nabije ti na kuk i nabije ti na kuk. I onda može. Kao izaći će.“ (Ivana)

Pošto je problem mehanički postavljen, i rešenje je iste prirode⁹⁶. 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. U intervjuu sa drugim lekarom dobijen je skoro identičan odgovor na pitanje šta sve utiče na ishod porođaja.

„Mi to kažemo stručno, da prevedemo, porođajni objekat, eto tako malo anonimno. Porođajni objekat to vam je tako jedan valjak koji se namešta tako, to je fizika već, da svojim najmanjim dijametrima, prolazi kroz najveće dijemetre porođajnog puta. To su te takozvane kretnje ploda.“ (iz intervjua sa lekarom)

Reprezentacija porođajnog procesa kao isključivo mehaničkog i fiziološkog određuje ne samo način na koji će žena i njeno telo biti predstavljeni, već i način na koji će biti tretirani. Ove reprezentacije svakako imaju normativnu i regulativnu ulogu i vode određenim oblicima medicinske prakse tj. stvarnog postupanja sa ženama i njihovim bebama na porođaju.

Stvarna medicinska praksa veoma dobro reflektuje prikazano pozicioniranje žene u medicinskoj reprezentaciji porođaja u knjigama. Tokom čitavog trajanja porođaja objekat medicinskog nadgledanja i intervencije je porođajno telo, i to najčešće samo jedan njegov deo – materica. 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 materice utiče se intravenskim administiranjem hormona, a na matericu se čak vrši i mehanički pritisak u drugoj fazi prilikom izbacivanja ploda (praksa koju žene najčešće opisuju sa „onda su mi legli na stomak“). 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 tj. da se oni aktivno zanemaruju.

⁹⁶ Ovakav pristup porođaju ima dugu tradiciju i potiče iz prve polovine 18. veka, kada je jedan od prvih akušera, Vilijam Smeli, 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.

Ovakav pristup za posledicu ima objektivizaciju i parcijalizaciju žene kao subjekta. Pod procesom objektivizacije i parcijalizacije kroz koji žena prolazi u medicinskoj instituciji podrazumevaću svako izdvajanje i izvlačenje pojedinih delova tela i telesnih procesa, npr. tokom ginekološkog pregleda, ultrazvučne dijagnostike ili hirurške intervencije, i potencijalno intervenisanje na njima. Postoji 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: procesi birokratizacije, operacionalizacije i standardizacije

„Unutar tog dekora, svakako, vlada red, vlada zakon, vlada moć. (...) u jednostavnom smislu neprestane, trajne kontrole vremena, aktivnosti, kretanja; red koji okružuje tela, prodire u njih, muči ih, prijanja za njihovu površinu (...) red koji je kao veliki kostur instrukcija, tako da su tela parazitski prekrivena i prožeta redom.“ (Fuko, 2005: 12)

„It is a system with a well organized, internal logic, supported by experience and training, language, hospital rules and insurance needs, specific technologies, and a profound logic of risk and a focus on ‘the baby’—you do want a healthy baby, don’t you?“ (Halton, 2010: 64)

Zanemarivanje 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 objektivizovanja tela koje se porađa, a, sa druge strane, ovu objektivizaciju omogućava ili olakšava.

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 društvenog identiteta i individualnih specifičnosti. *Socijalne uloge* koje je

žena imala pre ulaska u porodilište postaju irelevantne i ona postaje, sa jedne strane – *generički pacijent*⁹⁷, a sa druge – telo koje se nadgleda i na kome se interveniše. 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 o istoriji trudnoće (i istoriji prethodnih porođaja) pre svega kako bi se procenio nivo rizika koje aktuelni porođaj sa sobom nosi. Pošto su selektovane informacije u obliku „akušerske anamneze“ zapisane u karton, subjektivnost žene više nema nikakvu funkciju. 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 nešto kasnije). 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 detaljno ćemo se vratiti 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, sadrži sve relevantne informacije o njenom stanju i intervencijama kojima je bila podvrgnuta. Ovaj karton predstavlja zamenu za 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 kartonu⁹⁸. Žena je

⁹⁷ U teorijskom delu rada već je bilo reči o patologizaciji trudnoće i porođaja koja prati i opravdava njihovo stavljanje pod nadležnost medicine. U domaćim medicinskim udžbenicima, zvaničnim dokumentima, razgovorima sa lekarima, na trudnoću i porođaj se bez otklona referira kao na bolesti, a na žene koje su trudne ili se porođaju kao na pacijentkinje (ovakav govor ponekad reprodukuju i same žene). Evo upečatljivog primera: „U pet najčešćih grupa obolevanja u službama zdravstvene zaštite žena u Republici Srbiji ubrajaju se zarazne i parazitarne bolesti, *trudnoća, rađanje i babinje*, i tumori. Ovih pet najčešćih *grupa bolesti* zajedno su činile 98,87% u 2007. godini, a 98,84% u 2011. godini (Odabrani zdravstveni pokazatelji za 2011. godinu, 2012).“

⁹⁸ Unino iskustvo sa porođaja predstavlja dobru ilustraciju toga koliko je medicinska dokumentacija nezamenjiva kao izvor informacija o ženi. Čak i kada je prisutna žena u svesnom stanju, upoznata sa relevantnim podacima i voljna da ih podeli sa osobljem (i čak u slučaju donekle urgentne situacije, jer su Uni počeli naponi, što znači da se beba spustila u porođajni kanal) ona se ne tretira kao relevantan i pouzdan izvor informacija, na osnovu kojih bi medicinsko osoblje donosilo odluke i sprovodilo praksu.

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.

Time što je porođaj 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. Nadgledanje i regulacija porođaja se pored toga odvija 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*. 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 ilustruju prakse rutinskog administriranja hormona za pojačavanje kontrakcija i sečenje epiziotomije svim prvorotkama, čemu ću se detaljno posvetiti u nešto kasnijem delu poglavlja. U nastavku ovog odeljka razmotriću različite efekte koje navedeni procesi imaju po to kako se žene osećaju, kakav odnos prema svom telu imaju, na koji način su tretirane od strane osoblja i kako je organizovano samo porođajno okruženje.

Na kraju, treba imati u vidu da su spomenute institucionalne prakse verovatno prisutne u medicinskim ustanovama i u okolnostima van porođaja. U slučaju bolesti, transformacije kroz koje prolaze subjekt, njegovo telo i socijalni identitet, imaju funkciju da omoguće lakši protok osobe kroz kliniku i rešavanje njenog medicinskog problema. I pored

„E a onda peh, kako smo se uspaničili zaboravili smo tu moju fasciklu sa dokumentima. I onda ja nisam imala dokumenta. I onda sam im rekla da tu vodim trudnoću, kod koga. Neće oni. Stavili su me gore u boks za porođaje, užasno ljuti su bili, užasno ljuti. I sestre i doktori, i cela ta dežurna ekipa i nemam papire i dolazim tako, sram me bilo, porođena do kraja. (...) I ovi neće da me pogledaju iako sam pod naponima. Kao ne, dok ne dođu papiri, ne. Kaže kao, 'koja ste krvna grupa?'. Ja kažem 'A pozitivna'. 'Jeste sigurni?' Ja kažem 'pa jesam, evo radila sam nedavno u vezi sa porođajem'. 'Pa je l' imate papir?'. Ja kažem 'pa rekla sam Vam tri puta da smo zaboravili kod kuće.' E pa ne mogu ja sad da krenem da Vas porađam, znate Vi koliko žena laže za krvnu grupu'. I ja se mislim, jeste lažu. To mi lupeta, to je onaj mentalitet šaltera. Što bi lagale? Jeste laže da bi tebe lagala da sjebe sebe i bebū. Sigurno to rade. Zato što se tu ne znam šta krije. Mislim budala. I jako su neljubazni bili i nisu hteli da me pogledaju dok ne dođu papiri. Tako da sam ja ležala tu pod naponima.“ (Una)

ovog praktičnog, i u nekom smislu pozitivnog aspekta, svi negativni aspekti i dalje stoje. Ipak, situacija na porođaju nosi svoje specifičnosti. Trudne žene nisu pacijenti i *pre ulaska* u instituciju po pravilu nisu identifikovane sa tom ulogom. Zbog toga nastaje raskorak između samopozicioniranja i pozicioniranja kome su u porodilištu podvrgnute, pa su negativni aspekti spomenutih procesa desubjektivacije još izrazitiji i nekad vode dramatičnim posledicama.

Psihički efekti: strah i osećaj izolovanosti

Suspendovanje socijalnih i individualnih karakteristika započinje u prilično doslovnom smislu od samog ulaska u bolnicu. Žena na prijemu u porodilište ostavlja svoju odeću i lične stvari⁹⁹ i dobija bolničku spavaćicu¹⁰⁰. To svakako predstavlja jedan vid standardizacije samih žena i njihovih tela, ali, pored toga, ima jedan specifičan psihički efekat. Žene se veoma često, iz različitih razloga, osećaju izolovano u porodilištu i „odsečeno od sveta“. Jedan bitan razlog leži u činjenici da su porodilišta zatvorena odeljenja tj. ona su i fizički nepristupačna – u njih mogu ući samo porodilje i medicinsko osoblje¹⁰¹. To ženama postane neposredno jasno još na prijemu u porodilište, jer moraju da se pozdrave sa svojim partnerom, a onda ih „odvođe“ u deo zgrade kome nije dozvoljen pristup.

„I onda su me odveli gore i tu sam se bila isto malo uplašila. Zato što to odvajanje kroz neke sterilne liftove, ne postoje stepenice, nego je jako zatvoreno odeljenje. Pozdravljaš se sa mužem, kao da

⁹⁹ Prilikom odlaska u porođajnu salu oduzimaju se i preostale lične stvari čije unošenje je uglavnom dozvoljeno (novac, mobilni telefon, nakit) i to podseća na prijem u zatvor: „I ništa vrati se ta sestra i ona ti uzme tipa telefon, pare koje imaš i kao da potpišeš tamo da su ti to uzeli. I kao evo sad će doći Vaš doktor da Vas odvede.“ (Saška)

¹⁰⁰ Tamo gde se od žena očekuje da ponesu svoje spavaćice, to nije posledica odustajanja od ove institucionalne prakse, već praktična nužnost – bolnica nema dovoljan broj spavaćica ili su u suviše lošem stanju. Ista situacija je i sa posteljinom, koju u nekim porodilištima žene moraju da donesu od kuće.

¹⁰¹ Žene sa kojima sam razgovarala tokom terenskog istraživanja u porodilištu povremeno su spominjale ostale institucije zatvorenog tipa – zatvore i psihijatrijska odeljenja bolnica – i ukazivale na to da „čak i tamo ima poseta“. Neka porodilišta u Srbiji posete uopšte ne dozvoljavaju (to su mi potvrdile i dve babice sa kojima sam imala prilike da razgovaram, a koje su radile ili stažirale u porodilištima van Beograda). U ostalim porodilištima (uključujući i ono u kome sam bila tokom istraživanja) postoji prostorija predviđena za posete koja je van odeljenja gde porodilje leže, ali mnoge žene nisu u stanju da napuste krevet i odu na susret sa svojom porodicom.

idem na front. I onda sa tim stvarima u jednoj kesi¹⁰², kao siročće, ideš.“ (Sonja)

Strah je česta reakcija na početak porođaja kod žena koje se prvi put porođaju, jer sam proces da sobom nosi mnogo neizvesnosti i potencijalno negativnih ishoda (bol, sporo napredovanje, problemi sa bebom). Okolnosti kojima su žene u porodilištu izložene ovu reakciju samo pojačavaju. U Sonjinom narativu prisutan je osećaj usamljenosti („kao siročće“), ali i neizvesnosti u pogledu toga kako će se sve okončati (da li će se ikada vratiti, kao ljudi koji odlaze na front). Sofija to još eksplicitnije izražava.

„Kad su me primili, ja celu noć maltene nisam mogla da zaspim. I to je ubedljivo najgore što sam ja tako noću došla, ja sam mislila da se ja neću vratiti kući. To je onaj iracionalni strah, koji se uglavnom ženama javlja koliko sam čula, ali stvarno je grozan. Znaš mene kada je muž ostavio, i još ja nisam nešto razmažena u smislu mora neko da bude pored mene. Ja sam stvarno mislila jaoj ja se neću vratiti kući. Znaš to je ono... jaoj sva sam se naježila. On je mene odveo, ostavio, poneo moje stvari, pošto tamo se presvučeš i sve tvoje stvari se odnesu. Ja sam stvarno bila u fazonu neću se vratiti, jer tako mi nešto grozno sve to delovalo.“ (Sofija)

Činjenica da njihov partner odnosi njihove stvari (uključujući odeću) ostavlja im utisak da nemaju drugog izbora nego da ostanu u bolnici i da je započelo nešto čiji tok više ne mogu da promene niti da na njega utiču. Ostaju same, prepuštene nepoznatim ljudima koji ih vode na nepoznato mesto gde ih čeka niz događaja koje ne mogu u potpunosti da anticipiraju. Sve ovo doprinosi osećaju straha i neizvesnosti.

*„I ona mi kaže 'idite iza paravana i obucite spavaćicu'. I dobijem onu bolničku spavaćicu. Ja ne mogu da ti opišem kakav je to strah. **Ja sam se osećala najusamljenija na svetu**, kao da nemam nikog i kao da bih molila nekog da me vrate kući, samo da me ne zadrže tu. A kao moram, moram da završim to. (...) Idi, skini se, znaš, niko te ne sluša. (...)Znači ne mogu to da ti objasnim, osećaš se... ja bih onako kleknula kao dete, mama, vodi me kući. Znaš uopšte nisam bila spremna,ali kao moraš da budeš kul. Aha, idem, dobro, uzimam torbu, uzimam stvari. Izlazim. Sad kao treba Milošu čao, ali kao ne, neću to. Nisam spremna.“ (Saška)*

To koliko se žene u porodilištu izolovano osećaju, pokazuju narativi čak i onih sagovornica koji imaju neutralna ili pozitivna iskustva sa porođaja i koje ne pokazuju

¹⁰² Ženi je dozvoljeno da u porodilište unese samo ono što će joj biti neophodno dok leži u bolnici, a što ne postoji obezbeđeno na odeljenju. To je relativno standardan spisak stvari (pre svega sredstva za higijenu, pelene za bebe) koje žena treba da spakuje i to isključivo u kesu i tako može da ih unese.

nikakav otpor prema medicinskom modelu porođaja i institucionalnom okruženju.

*„Ja sam bila pripremljena za porođaj, za to sve, ali posle... ovo posle me je savladalo. Ja nisam mogla da verujem kad sam izašla da sam izašla napolje. **Da su me pustili, da sam u spoljnom svetu.**“ (Tamara)*

*„Ostala sam u porodilištu tri dana. I to je ovako čitava večnost delovalo. To je onako težak momenat, da. Tamo u bolnici, ne znam baš je onako teško. Nemaš... **totalno si izolovan od celoga sveta**, tu smo samo mi porodilje. Svaka sa svojim mislima i svojim brigama i ostalim. I nema sad tu nekog, mi pomažemo i pričamo, ali nekako samo se nešto čeka. Valjda i ti hormoni odrade svoje. E onda kad dođe sedam sati uveče, kad krene taj stišaj dana, i svako u svom krevetu i svako onako baš plače.“ (Nevena)*

Žena je tokom i nakon porođaja izmeštena iz svog socijalnog okruženja i njene veze sa bliskim osobama su prekinute ili otežane. Iako sama ta činjenica delom objašnjava emotivno stanje u kome se nalazi, ono je dodatno oblikovano specifičnostima bolničkog okruženja i odnosima koji u njemu vladaju.

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.

Krenimo od same organizacije prostorija za porođanje i rasporeda žena tj. porođajnih tela u njima. 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 porodilja, što je još jedan izraz neindividualizovanog pristupa porođaju (mada, čak i neposredno nadgledanje u vidu pregleda raširenosti grlića odvija se bez komunikacije i posvećivanja).

„Mi smo u sobi, to je sve staklo, e oni su tamo u svojoj prostoriji, ali je sve staklo i oni nas vide. Mi ležimo i čekamo. Mislim porođamo se. Oni nadgledaju i dolazili su povremeno, dignu čaršav, vide koliko smo otvoreni, vrate čaršav...“ (Nevena)

Najveće porodilište u Srbiji je čak usavršilo ovaj princip ekonomičnog nadgledanja

tako što je porođajnu salu organizovalo kao Bentamov panoptikon (Fuko, 1997).

„Taj deo za porođanje je jako moderan. To je renovirano. I to je jedan jako dugačak hodnik, s jedne strane imaš pet boksova, s druge strane pet. Sve u staklu i ti svaki sto vidiš preko puta. I one čak dole. Tako da ti svaku ženu gledaš kako se porođa i ona tebe. Znači sve je u staklu. I ti uživo sve gledaš. A na sredini, između ta dva reda boksova, na sredini su stolovi gde sede doktori. I oni su to valjda napravili tako da bi oni, pošto traje satima, da bi oni tu tako sedeli, pili kaficu, pričali, samo ovako možda pogleda šta se događa. Da, to ti tako ide.“ (Saška)

Lekarima je uz ovakvu organizaciju nadgledanje maksimalno olakšano, jer mogu da bez pomeranja ili ulaska u bilo kakvu interakciju sa ženom „budu u toku“ velikog broja porođaja. Postoje brojne posledice po to kako se žena oseća u ovakvim okolnostima. Čak i kad izuzmemo već razmatrano ugrožavanje privatnosti, jer je brojne osobe posmatraju dok se porođa, veliki uticaj ima to što one mogu da vide jedne druge dok se porođaju. Pored toga, žene mogu da vide medicinsko osoblje koje se često bavi nekim privatnim stvarima dok se one porođaju, što doprinosi tome da se one osećaju ne samo usamljeno i izolovano, iako su paradoksalno okružene ljudima, već i sporedno, jer su oni koji se o njima staraju zapravo usmereni na nešto drugo.

„Pri tom je neka mlađa doktorka gledala, imala laptop i gledala Sulejmana sve vreme. Tako da sam porođaj imala, sve vreme sam gledala Sulejmana i ja dok je ona zakoči kad se nešto dešava oko porođaja, otkoči kad se ništa ne dešava.“ (Anđela)

„A lekari nešto vise, vise tu neki ljudi na facebook-u, a ti to vidiš. Neki su kompjuteri između porođajnih boksova.“ (Una)

„Ta što je kukala je bila preko puta mene u stvari. I videla sam da je ona u teškim bolovima. U kakvima ja još nisam bila i potajno sam se nadala da neću biti. I ja gledam tu ženu koja je u teškim bolovima. I stvarno se... joj Bože sad ću i ja tako, tako to i mene čeka. I onda dok sam ja čekala da dođe doktor, ona je vikala u jednom trenutku, ovako sva se strese i viče 'Izaći će! Izaći će!'. Valjda ima napone. A doktor mladi sedi za stolom ovako, ovako je gleda preko ramena i 'ma neće, ma neće, ma šta ti je, ma neće, ma daj, ma opušteno'. Žena ovako, majke mi, noge joj ovako se tresu, vidi se da su to naponi, znači baš ono... 'Izaći će! Izaći će!' Taj fazon. I on je zajebava, 'jesi ti vežbala vežbe disanja, jesi ti učila?' I ona ono ne može da priča ništa. I on kao 'pa ajde ovako diši'. A deli ih pet metara prostora i on se tako dovikuje s njom, neće da ustane da ode kod žene. Užas.“ (Saška)

Pošto su sve vreme „prisutni“ i mogu da kontrolišu da ne dođe do neke rizične situacije ili negativnog ishoda, lekari kao da ispunjavaju svoju dužnost, a staranje o ženi, njenom emocionalnom stanju, njenim potrebama, ne spada u njihovu nadležnost. Kada se to udruži sa rutinskim tretiranjem velikog broja porodilja dnevno, to verovatno vodi neosetljivosti koji ispoljava lekar u Saškinom narativu. 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.

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. U poglavlju o medikalizaciji već je bilo reči o položaju na leđima tokom porođaja koji je istorijski prevladao sa premeštanjem porođaja u bolnice, jer je pogodan za lekara kome mogućava najlakši pristup reproduktivnim organima žene. I pored negativnih zdravstvenih posledica, i preporuka iz nacionalnog vodiča za lekare (Fiziološki porođaj, 2009), položaj na leđima nije ozbiljno preispitan u našoj medicinskoj praksi i dalje je dominantan¹⁰³. Visoki kreveti takođe olakšavaju pregled porodilja tokom vizite, ali znanto otežavaju penjanje i silaženje ženama koje imaju ušivane rane od epiziotomije ili carskog reza.

„I sad stvarno nije fer. Kreveti su ovako visoki (rukom pokazuje visinu od jednog metra), praistorijski su. Znači porodilji je jako teško da se diže... umesto da oni stave neke, još i niže nego inače, a ne da to zahteva veranje. To je sad ja dižem nogu ovoliko, a šivena sam... Mislim, boli, zatežu konci.“ (Sonja)

„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 hodnik, a 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

¹⁰³ Spenser tvrdi da još od kraja 19. veka većina akušera smatra da položaj žene na boku ima najviše prednosti za odvijanje porođaja i da ga treba favorizovati u odnosu na položaj na leđima (Spencer, 1927). Ovakav stav potvrđen je u zvaničnim preporukama Svetske zdravstvene organizacije (Care in normal birth: a practical guide, World Health Organization, 1996), čak i u nacionalnom vodiču za lekare (Fiziološki porođaj, 2009), ali ne i medicinskim udžbenicima, i svakako ne u stvarnoj praksi u Srbiji. „Položaj na leđima je prirodni položaj u toku porođaja (Ristić, 2001: 133).“ Napominje se da u ovom položaju materica pritiska donju šuplju venu čime ugrožava cirkulaciju i izaziva šok, ali kaže se da se to lako rešava okretanjem porodilje na bok na neko vreme. Dakle, tradicionalna praksa prilagođena lekaru se ne preispituje ni kada vodi ovako negativnim zdravstvenim posledicama.

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 sestrice ili tako nešto koja se izdere na tebe zašto ti... a za to mi treba tri sekunde da uradim. Neću to uraditi.“ (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 (odnosno 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 onemogućanje žene da se kreće, čak i da promeni telesni položaj, jer je bukvalno „prikovana“ za krevet tehnikama za nadgledanje i intervenisanje.

„Ne smeš više da ustaješ. Oni te tu privežu na CTG, verovatno da prate kontrakcije i kako sve napreduje. Privezana si i mere otkucaje srca ili šta već sve mogu da vide s tim spravicama, ja ne znam. Ali moraš da ležiš. (...) E da, onda su oni meni priključili ustvari, e ja sad nisam znala šta je, sem toga što su me nakačili, dovezli su i ono tipa infuzija i to su priključili. I zbog toga u stvari ne možeš da se okrećeš i pokrećeš.“ (Nevena)

*„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 stoji kao da imaš kaiš, opasač oko stomaka, to je neprijatno. I to te steže. 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)*

Iako Saška kaže da njeno „telo trpi takav teror“ iz narativa je jasno da ona svoje telo ne posmatra kao neki distancirani objekat nad kojim se sažalila, već da ona, kao otelovljeni subjekt, trpi teror o kome govori. Fiksiranost u jednom položaju može znatno da otežava ženama porođaj, jer im, nakon što se bol intenzivira, često taj položaj najmanje prija i ne

mogu da urade ništa da olakšaju sebi (da ne spominjemo da se žene u tom položaju najsporije otvaraju i da on, kao što je već bilo reči, sa sobom nosi brojne medicinske rizike). Treba imati u vidu još nešto. Sva tehnologija koju Nevena i Saška spominju prisutna je i na porođajima drugih ispitanica, pa neke od njih ipak izveštavaju da su mogle da ustaju, hodaju ili makar leže na boku. Tako da je insitucionalna norma¹⁰⁴ ono što je presudno za onemogućavanje kretanja, a ne osobine same tehnologije.

Na kraju, raširena praksa medicinskog tretiranja i disciplinovanja ženinog tela uz zanemarivanje toga da je ona otelovljeni subjekt olakšava izrazito depersonalizovani odnos osoblja koji se ponekad javlja.

„To je jeziva bolnica. To je zatvor. To je mučilište. Kad su došli to da me pregledaju ultrazvukom, bila je ta mlada doktorka koja je gledala ultrazvuk. Mi smo stajali u redu ovako kao u konc logoru i oni su govorili „ajde, ajde, ajde“. I sad pošto žene teško hodaju, sporo hodaju do tog mesta gde treba da ih ta mlada pregleda ultrazvukom, ona se prodere na njih. I kaže „brže to malo, ajde brže!“ I onda ja ovako legnem i oni ti kažu ponesi uložak. I sad imam uložak među nogama, pošto ne smeš da nosiš gaće na tim pregledima i onda ga stežeš nogama i tako hodaš. I imam uložak među nogama i ona mi kaže „leži“. Ja legnem i zaboravim da sklonim taj uložak. I ona mi kaže „Skloni to! Hoćeš li ja to da sklanjam?!“ Znaš ono kao da smo mi neka stoka, ona je kao neka doktorka, znači da l' se ona porađala, da l' će se ikad porađati, ne mogu da verujem. Zadnja dva dana mislim da sam bila na ovom, kako se to kaže, to sam i tamo pričala, kao da sam u bolnici psihijatrijskoj. Kao na psihijatriji da sam, ja sam se tako osećala. Znaš oni te toliko u glavu drkaju da ti ne možeš da veruješ. Pazi žena koja je toliko osetljiva posle porođaja i fizički i psihički i mentalno. Pa tebi treba ne da budu fini, nego da budu ekstra fini, zato što si ti toliko labilan. Ne, oni su ekstra gadni. To ja ne mogu da ti objasnim šta je. To je takva jedna arogancija, ma ko da smo mi one krave, oni te tamo tretiraju kao krave, kao stoku, koja se tako porađa na traci. A tamo ima toliko porođaja da stvarno to ide kao na traci.“ (Saška)

Saškin opis je veoma dramatičan i možda se sa njim ne bi identifikovala većina porodilja. Ali, on sadrži elemente koji se mogu smatrati tipičnim i na osnovu iskustva drugih sagovornica: doživljaj da se u porodilištu sve odvija „kao na traci“, zbog velikog broja žena i sasvim rutiniziranog pristupa (što posebno važi za dva najveća porodilišta);

¹⁰⁴ Koja se između ostalog tiče i načina korišćenja tehnoloških sredstava. Kao što je već rečeno, ne postoje medicinske indikacije za konstantno praćenje CTG-om i to se u nekim porodilištima poštuje, pa se žene samo povremeno proveravaju, dok infuzija nije dovoljan razlog da se leži u krevetu, jer ju je moguće okačiti na stalak i nositi sa sobom, što su neke učesnice i radile.

nedostatak osećaja za specifične psihičke i fizičke potrebe i ograničenja žena koje su se tek porodile; distancirani i nezainteresovani odnos velikog dela osoblja. Poslednja dva iskustva i rasprava koja ih je pratila već su otvorila temu odnosa prema ženama u porodilištu i posledica koje to sa sobom nosi, čemu će detaljno biti posvećen naredni odeljak.

Pozicioniranje žene i odnos prema njoj

“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)

Kako je jedan akušer 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 porođa. 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 porođa, ne žena koja se porođa. Pitanje je šta se sa njom dešava za to vreme?

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.

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

*„Doktorica je htela, da ona je rekla idemo gore, prokidanje vodenjaka, to je bila njena, a on to nije. Koji je razlog bio njegov, možda je on video ili je čekao da kontrakcije odrade što više po pitanju širenja, e sad ne znam, nemam pojma. Pa to je, **ništa ti ne ispričaju i sad kad ti ne znaš, možeš da nagađaš i ono što znaš da na osnovu toga rekonstruišeš neku priču.**“ (Teodora)*

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 sledi često sasvim netransparentan i često je ostavljena da čeka neki nepoznati sledeći korak.

„Onako neprijatno je sve i sve ne znaš šta te sad čeka, gde ćeš sad, hoćeš odmah na sto ili... I obavim sve to, tuširanje i to. I čekam. Nema nikog. Znači ja obavila sam sve i taj wc i to i sedim u onoj spavaćici na tom krevetu i niko se ne pojavljuje.“ (Saška)

Ponekad se žena oseća toliko neorijentisano i isključeno iz čitavog procesa da se pita da li je uopšte „to to“ tj. da li je porođaj započeo ili ih čeka još neka priprema.

„I kao pregledala me i kao e odličn, o 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, 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)

Mnoge žene ne samo da ne uspevaju da predvide postupke lekara, nego im oni deluju i proizvoljno, odnosno ne uspevaju da ih povežu sa svojim stanjem i ili nekim pouzdanim dijagnostičkim informacijama koje su lekari mogli da imaju.

„Ne oni te apsolutno ostave i niko ništa, ja prosto ne znam ni zašto su me baš u pola devet odveli. To je proizvoljno, nisu me ni pregledali. Znači oni su mene proizvoljno u pola devet. Oni su mene pregledali tad kad me je doktor pre klistiranja, znači to je bilo pre sedam sati i od tog trenutka me više nisu ni pregledali. Ni kad su me stavili na sto nisu me pregledali, samo su mi uključili indukciju.“ (Maja)

Neke sagovornice prepoznaju da toliko uskraćivanje informacija ženama teško može da se objasni, jer primećuju da su žene u porodilištu uglavnom dobro informisane, pa im obaveštenja lekara ne bi bila potpuno nerazumljiva, da su veoma zainteresovane, a da pritom nisu spremne da se konfrontiraju lekarima. Drugim rečima, one ne uspevaju da vide razlog tolike distance i disproporcije u poziciji između žena i lekara, s obzirom na karakteristike (makar savremenih) korisnica zdravstvenih usluga. Ipak, u našim ustanovama je i dalje dominantan tradicionalan model u kome su ne samo sva moć, već i sve znanje isključivo u rukama lekara¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Prethodnih decenija je u većem delu zapadnog sveta došlo do transformacije odnosa lekar-pacijent tj. do promene u raspodeli njihove moći. U terminima klasičnog modela Sasa i Holandera, došlo je do prelaska sa

„I pri tom ne znam, to sam pričala baš s mužem i sa drugaricama, pa što oni nama ništa ne kažu? Ne razumem što im je to teško samo glasno da kažu, znaju koliko te interesuje, znaju sve, a pri tom ne ostavljaju ti prostor. Ne znam, da si ne znam koliko drčan, pa da ti kreneš da pričaš sa njima, ali većina i nije, preplašena je. Međutim ja, sad je to i glupo da tako kažem, ali otprilike sve što sam ja bila sa njima dole u VRT-u¹⁰⁶, sve su to bile da tako kažeš sa faksom, sve su iščitale, sve su znale o čemu pričamo.“ (Anđela)

Ovakav odnos neinformisanja koji žene stavlja u situaciju da stalno nešto iščekuju, a da im je onemogućeno da to anticipiraju prati ih tokom celog porođaja, ali i nakon njega. U Neveninom citatu prisutni su još neki elementi ženine pozicije u porodilištu. Ona je uglavnom nakon porođaja zavisna od tuđe pomoći (što je između ostalog posledica određenih postupaka lekara, na šta ću se vratiti kasnije), a ne usuđuje se često da je traži. Između ostalog, to se tiče strogo određene bolničke hijerarhije koju žena prepoznaje, ali je ne poznaje u dovoljnoj meri da bi se orijentisala i znala šta može od koga da traži ili da očekuje¹⁰⁷.

„E onda kad sam se porodila, je trebalo da me prebace u sobu i onda su me izbacili na hodnik. Kao krenuli da me voze i stali, ostavili me na hodniku. Dok ne znam šta. I onda je to trajalo i bila sam na promaji i imala sam utisak... onako si go, a na onom krevetu, tu sam bila na promaji i nema kog, znaš ono u smislu da ono zastane da možeš da kažeš 'je l' možete da zatvorite prozor?'. A ne možeš ti sad tu nekom doktoru pri tom primarijusu da kažeš ono. U stvari možeš ali... A sve vreme iščekujem kao sad će da dođe neko da me odveze. Meni se čini da je to baš dugo trajalo. I prolaze, svako ide svojim poslom. Ništa ti tu ležiš i to je to. I sad ti od svakog ko tu prolazi ponadaš se ovaj došao po mene. Znaš samo prođe, kao nije ovaj.“ (Nevena)

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

„roditelj-dete“ modela „aktivnosti-pasivnosti“ na „odrasli-odrasli“ model „zajdničke participacije“ (Szasz & Hollander, 1956). Autonomija, aktivna uloga i informisanost pacijenta počeli su da se smatraju značajnim faktorom u njegovoj nezi (Savage, 2003). Izgleda da ovaj trend još uvek nije zahvatio lokalnu medicinsku praksu.

¹⁰⁶ Odeljenje za visokorizične trudnoće.

¹⁰⁷ Sagovornice su nekoliko puta referirale na situacije u kojima su se lekari ljutili i vikali na njih jer su im tražile informacije za koje oni nisu nadležni – na primer, raspitivale su se o bebi kod akušera, ne znajući da on nije neonatolog (ili čak ne znajući da su neonatolozi zaduženi za bebe). Tako da se, i bez bilo kakvog eksplicitnog upoznavanja žena sa hijerarhijom i podelom rada, od njih ovo znanje očekuje.

žena posredno dobija informacije o tome šta joj se dešava i kakvim intervencijama će biti podvrgnuta. Ona je time stavljena u ulogu spoljnog posmatrača.

„Nije mi rekao da će mi probušiti vodenjak, ali otprilike sam znala po njihovoj priči šta radi. I osetila sam tu vodu da je potekla, ništa on nije rekao e sad ti je pukao vodenjak. I onda im je rekao šta sve da urade, da uključe indukciju. I uključili su indukciju i oni sve to prikačiše i odoše.“ (Anđela)

Lekari se, slično kao i u situaciji ultrazvučnog pregleda koji je razmatran u ranijem poglavlju, 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 to ne saznaju ni naknadno. To im sa jedne strane otežava da integrišu porođaj u tok svog životnog iskustva i da o njemu izgrade koherentan narativ. Porođaj 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 nakon porođaja. Saškin slučaj to veoma dobro ilustruje.

„I onda je ova viknula 'posteljica!'. I onda je meni doktor došao da pogleda tu posteljicu. Ja sam tako ležala. I sledeće čega se sećam je da se budim. Ja se budim i neka žena stoji nada mnom, potpuno nepoznata. A doktor ušiva poslednji konac i to mnogo boli. I znam da sam ono bukvalno ovako skočiš sa stola i on kao 'evo, evo, završavam ušivanje, završavam ušivanje'. I ja kažem ovoj ženi 'pa ja sam zaspala'. Ona kaže 'neka, neka, i treba tako'. Pa ja kažem 'a doktore kako sam ja zaspala a Vi me ušili već?' I on kaže 'zato što ti imaš protekciju pa smo ti dali totalnu anesteziju dok te ušivam, a druge žene ušivam bez anestezije totalne'. I ja kažem aha. I ja poverujem u to. Sad ja naivna kao što je kul doktor, dao mi totalnu anesteziju. Ja ništa nisam bila obaveštena šta je meni rađeno pod narkozom. ... I posle, u bolnici, osećala sam se kao da sam na nekom pustom ostrvu i kao nema nikog, praznik. Ja sam imala nenormalne postporođajne bolove. Imala sam bolove tri dana. Koji su me u nekim trenucima me je bolelo više nego na porođaju. I ja sam dve noći kukala. Žena do mene nije mogla da spava. Ja sam kukala noću. Ja sam molila da neko dođe. Niko me nije jebao dva posto. Dođe ti sestra i ja kažem

mnogo me boli. I ona pa normalno da boli, sve boli, šta si ti razmažena, normalno da boli. ... I plašim se zašto me toliko boli. Ne, ne, ja sam se neverovatno osećala. I počnem da se interesujem za moj slučaj, zašto mene to toliko boli. I ja pogledam na krevetu što stoji na toj listi. I meni piše placenta defecta revizio. Ja okrenem svekrvu koja je lekar i kažem šta to znači? Kaže to znači da ti je ostala posteljica, da ti je on radio reviziju. I zato su mi dali totalnu anesteziju, on je meni radio reviziju, pazi nije mi čovek rekao. Pravi me budalom, kaže mi imaš protekciju, pa kao dok te šijem. U stvari i zato je mene i toliko i bolelo i više zbog svega toga valjda, ne znam. Nemam pojma. Tek ti sledi šok. Znači prvo ja sam sama saznala da mi je rađena revizija, niko me nije obavestio.“ (Saška)

Saški informacije nisu samo uskraćene, ona je pogrešno informisana i od nje je skriveno šta je lekar uradio dok je ona bila bez svesti. Ona zbog toga nije uspevala da objasni jak postporođajni bol koji je osećala ni da proceni da li je to uobičajen simptom na koji ona reaguje samo zato što je „razmažena“. Informaciju koju nije dobila od lekara dobila je čitanjem svoje medicinske dokumentacije, dakle, na sasvim posredan način. Činjenica da je informacija data na latinskom, jeziku medicine, ukazuje na to da je ona namenjena lekarima, a da je ženi neophodan tumač da bi je razumela. Anđela je imala veoma slično iskustvo, ali nije čak uspela da dobije ni posredno informaciju o tome šta joj je urađeno na telu dok je bila uspavana neposredno nakon porođaja.

*„E toga se sećam otprilike, da je došla ta žena anesteziolog da me nešto pita i onda su me uspavali. I ništa, ja se ono budim. I sad bila mi je kao neka flašica leda između nogu. I ništa, samo sam ja videla i **dizem onaj čaršav i gledam kao ono stomaka nema, ravno skroz. I ne znaš ni gde si, i gledam i vidim njega, doktora, on je i dalje tu, nešto prokomentarišu da joj vade krv, ma da vidi kako je bela kao krpa.***

B: A tebi oni ništa ne kažu, radili smo ti to i to?

A: Ne, ništa. Ništa. Apsolutno. Samo su me odvezli u sobu bez ikakvog.. I to je to. Oni odoše.

B: A jesi li ti saznala zašto su ti dali anesteziju nakon porođaja, šta su ti radili?

A: Nisam. Nisam saznala i niko mi tu ništa nije rekao.

B: A jesi li videla svoj karton možda?

*A: Karton je samo kad dolazi vizita i posle ga odnesu. I posle su nam dali karton u ruke kad smo išli da uradimo ginekološki pregled. Tu sam ja počela da ga listam i gledam dok smo čekali i ja taman sam se ono zanela čitajući i kad jedna 'a to je naš **privatni dokument, nemojte to da gledate, zatvorite***

karton!'

B: Ko ti je to rekao?

A: Medicinska sestra. Još se izderala kao **'to je naše, to nije vaše, što vi to gledate?'** Kao da nešto skrivaju. I nisam uspela da vidim šta je bilo na kraju porođaja. Nego tek posle mesec dana kad sam otišla na ginekološki pregled ovde da mi ova moja u Domu zdravlja pregleda, ona mi je to pročitala. Mislim to piše na latinskom, nisam ni razumela. Ali da mi je u stvari pukao grlić materice u toku porođaja. I kao pa tebi je pukao grlić materice, aha pa zbog toga je u stvari." (Anđela)

Reakcija medicinske sestre koja je Anđeli zabranila da gleda svoj karton otkriva da uskraćivanje informacija ženi nije samo slučajan propust ili nešto što je izostavljeno iz ekonomičnosti (obaveštavanje zahteva izvesno vreme i angažman osoblja). Formulacija ove zabrane („to je naše“) podstiče na to da se postavi pitanje - ko je vlasnik informacija o ženi i njenom telu? U porodilištu kao da vlada paradoksalno pravilo po kom nešto što sadrži informaciju o stanju *ženinog* tela predstavlja *privatni* dokument medicinske institucije. Čini mi se da je ovo krajnji izraz specifično kartezijske podele rada i nadležnosti na bolničkom porođaju – *isključivo* lekari su zaduženi za fizičko/biološko telo i ono što će se njemu dešavati, pa samim tim njima pripada i dokumentacija o tretmanu nad tim telom. Žena kao subjekt je najčešće isključena tokom (skoro) čitavog trajanja porođaja, a njeno telo je objektivizovano i prepušteno intervencijama medicinskog osoblja. Ovo *realno* otuđenje praćeno je i *simboličkim* otuđenjem. Informacije o ženinom telu ne pripadaju njoj, već medicinskoj instituciji.

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 ništa ne pita u pogledu intervencija kojima će biti podvrgnuta i, na osnovu narativa o trudnoći, deluje da najveći broj žena ne bi ni bio spreman na bilo kakvu konfrontaciju sa lekarima i preispitivanje njihovih odluka. 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)*

*„Ja im tad kažem meni se malo piški. I kaže babica nemoguće da ti se piški, imaš samo takav osećaj. Ja kažem stvarno mi se piški. I kaže ona ajde sad ćemo da te ispravimo, sad ćemo da te ispravimo na devedeset stepeni da ti donesemo onu nošu i ti sedi na tu nošu. (...)Uspela sam da piškim iako mi je ona pričala ne, ne, ne piški ti se. (...)I kao vidi ona je stvarno piškila. Pa stvarno vam kažem ne izmišljam.“
(Saška)*

Kao što se iz ova dva 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 subjekt.

Na kraju, još jedan pokazatelj toga da staranje i briga nisu usmereni na ženu, već isključivo na njeno telo, i posredno na bebu koja treba da se rodi, jeste činjenica da medicinsko osoblje žene po pravilu ostavlja same tokom dugih vremenskih perioda na porođaju. 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 bi joj olakšalo da je neko tu i da joj pomaže ili joj pruža podršku. Oni žene nadgledaju preko stakla ili se pojavljuju u određenim vremenskim razmacima kako bi očitili CTG i prstima proverili dilatiranost grlića materice.

*„I sad počela ta faza mešanja, ja se suzdržavam, nervira me već. U principu sam ih zvala i naravno nema nikog. **Oni dolaze na svoje...** To naravno ono sa vežbi, kad krene faza mešanja, zoveš doktora, babicu i ja sam počela da se derem tamo, ali ne zato što me boli. ‘Doktore! Babice!’, malo onako, ja kao da me izdaje snaga, ne mogu ni da vičem toliko. I ja doktore, babice, nema ih, nema ih. Sad više nemam ni predstavu koliko beše taj hodnik dugačak. Da li oni mene čuju. I dolazi doktor i pita pa što se ti dereš? Pa rekoh počelo mi. Pa što višeš toliko, pa tu smo mi. Pa znam da ste tu ali počelo da me napinje. A dobro, ništa lezi tu još, nema, moraš da čekaš. Nisi otvorena. I odu. ... I faza mešanja je trajala tačno dvadeset minuta. A kakva je to neverovatna stvar. Znači oni izgleda da su proračunali, aha počela joj je faza mešanje, znači za dvadesetak minuta ćemo mi da dođemo da je pregledamo.*

Znaju i oni koliko to traje, ne može to posle, nema tu šta. I dolaze u trenutku kad ja doživljam najburniju kontrakciju zajedno sa tim suzdržavanjem, baš onako.“ (Teodora)

Teodora je „pripripremljena“ porodilja. To znači da je tokom trudnoće prošla psihofizičke pripreme za porođaj (o kojima će biti reči nešto kasnije), gde je naučila da treba da pozove osoblje čim oseti napone, jer su oni znak da se porođaj približava kraju, i da treba da suzdržava napone (tj. da ne gura s njima) sve dok oni ne dođu. Iz njenog narativa je jasno da osoblje obilazi porodilju po svom rasporedu („oni dolaze na svoje“), a ne kada ih žena zove¹⁰⁸. Ono što je jedino relevantno, jeste to da ne propuste neku značajnu telesnu promenu. Doktorovo „pa tu smo mi“ znači da su oni tu u toj meri da se ništa *medicinski relevantno* neće desiti bez njihovog uvida (i, ukoliko je potrebno, intervencije), što je jedino prisustvo na koje žene treba da računaju i koje spada u „opis posla“ osoblja. Teodorin slučaj pokazuje da nisu praktične okolnosti razlog što oni nisu prisutniji na porođaju – npr. previše porodilja i manjak osoblja, jer je ona sama u celom porođajnom bloku. Ovo se ne može objasniti ni nedostatkom dobre volje i zainteresovanosti – jer Teodora ima dobar odnos sa babicom, a posebno sa doktorom koji je njen izabrani lekar sa kojim ima relativno prislan odnos¹⁰⁹. Za medicinsko osoblje je adekvatno staranje jednostavno izjednačeno sa adekvatnim staranjem samo o ženinom telu i bebi koja treba da se rodi.

Otuđeni odnos žene prema sopstvenom telu

Proces desubjektivacije kome je žena u porodilištu podvrgnuta dovodi do toga da njeno telo postane lakše podložno parcijalizaciji i objektivaciji, što je uslov medicinskog praćenja i intervenisanja (čemu ćemo se detaljno posvetiti u narednom poglavlju). Ovaj proces nosi posledice ne samo po to kako će medicinsko osoblje tretirati njeno telo, već i po to kako će sama žena doživljavati svoje telo i odnositi se prema njemu. Telo se otuđuje, ono i za samu ženu postaje u nekom smislu objekat.

¹⁰⁸ Svakako ne kada su ženi potrebni iz nekog razloga koji njima nije medicinski relevantan. Sonja je tokom najtežih perioda porođaja uporno pokušavala da dozove babice, jer joj je bilo lakše da podnosi bol kada nije sama, ali se one na to nisu odazivale.

¹⁰⁹ I za koga je pritom, kao izabranog lekara na porođaju, platila 40 hiljada dinara kako bi došao na njen porođaj.

Žene često govore o promjenjenom odnosu prema svom telu dok su u bolnici – to šta se doživljava kao intruzivno i neprijatno u uobičajenim okolnostima, u bolnici prestaje da se doživljava tako i postaje uobičajeno. Žena je izložena pogledima različitih nepoznatih ljudi dok leži gola i sa raširenim nogama (to nisu samo sestre i lekari, nego često i studenti i učenici koji su na praksi u porodilištu¹¹⁰). Oni pregledaju njene genitalije i dodiruju je, često bez previše najave ili objašnjenja.

„Mislim nisam ja bogznakako stidljiva, ali te smara to čačkanje non-stop. A ti kad si tamo u tom porodilištu, kada ti na svakih sat vremena neko zavlači ruke, ti si kao ajde još neko, ajde! Mislim prosto ti bude ono malo na izvolte i ko hoće da gleda nek zagleda.“ (Ivana)

Kao da se telo ne doživljava kao nešto *lično*, pa da izvesno tretiranje tela bude istovremeno doživljeno kao tretiranje same osobe. Telo je objekat posmatranja i intervencije i to postaje „normalna“ situacija i za samu ženu. Pored toga, raspored prostorija, organizacija rada, kao i (implicitne) norme često narušavaju privatnost žena.

„A inače u taj wc kad uđeš, vrata su otvorena i ne mogu da se zatvore. I to je sve toliko neprijatno. To je sve otvoreno, bukvalno, tu gde te ona brije, tu imaš još dva stola i tu prolaze. Dobro, srećom pa je nije bilo žive duše. Al tu kad je puno, ja mogu misliti koliko je to neprijatno. Svi prolaze. Ja sam to zamišljala, briju te u nekom krevetu gde te niko... jok bre, briju te na hodniku. Bukvalno, to je kao neka vrsta hodnika. Užas.“ (Saška)

Kako žene reaguju na ovu vrstu ugrožavanja privatnosti i izloženosti tuđem pogledu i intervencijama? Medicinske prakse i reprezentacije, ali i konkretne okolnosti u porodilištu – broj žena u sobi, raspored kreveta, protokol koji zabranjuje nošenje veša itd. – dovode do konstituisanja jednog deseksualizovanog i deprivatizovanog tela za ženu.

*„Nemaju vrata nigde po tuš kabinama, ali tu taj momenat golotinje i tolikog nemarenja za golotinju, to je toliko ono, to nisam nikad više u životu videla... Ja sam devojci skidala gaće ovako da joj vidim da li joj curi krv. I ona mi se izvinjava što joj gledam tu mindžu i apsolutno mi nije neprijatno. Znači mindže su nešto što seva gde god hoćeš. **To stvarno je samo deo tela**, u tom momentu stvarno nema veze. Gura ovaj, gura onaj, ma to nema veze uopšte. Sise isto svud. Sisa sam se nagledala kao nikad u životu. Oni su donosili te bebe, one su dojile, onda se ova muzla non-stop iza mene...“ (Sonja)*

¹¹⁰ Na osnovu Anđelinog narativa može da se stekne utisak o broju nepoznatih ljudi u porodilištu koji se stalno smenjuju: „Uglavnom tu su bile i ove sestrice na praksi, treća godina srednje. Bilo je i par studenata. I lekari i te babice. I oni su svi trčkarali okolo. I donosili su mi nošu, gusku da piškim. I pregledali me.“ (Anđela)

Ni sopstveno ni tuđe telo se ne doživljava kao nešto lično ili seksualno i odsustvo stida je značajan indikator toga. Kako Sonja kaže, vagina i grudi su tada *samo „delovi tela“*, biološki organi, pa svi tabui vezani za njih u kulturnom okruženju (van bolnice) na trenutak prestaju da važe.

„Mislim ja sam toliku slobodu imala s tom ženom koja je sa mnom bila u sobi, da je ona meni na kraju rekla 'ajde da ti vidim ranu, jel se ne stidiš?' Ej zamisli... daj da ti vidim ranu. Šta da ti pričam koja je to vrsta slobode. 'Gledaj ako znaš, nemam ništa protiv.' A ja koja još nisam znala šta sa sisama, zato što ti se grudi toliko upale ti bi njih mogla da pereš danonoćno koliko su one vrele, da ih držiš gole da se ne bi upalile da ne bi došlo do mastitisa.“ (Sofija)

Žene se u nekom smislu distanciraju od svog tela koje je u tom periodu dok su u bolnici na najizraženiji način postalo objekt nadgledanja i manipulacije. Deluje mi da je ovo ne samo posledica institucionalnog repositioniranja žene kao subjekta, već, u nekom smislu, i adaptibilna reakcija. To distanciranje ih čuva od osećaja ugroženosti jer im je privatnost u porodilištu sistematski narušavana.

Deseksualizacija sopstvenog tela se često zadržava i nakon izlaska iz bolnice. Telo je tada nešto što je u priličnoj meri svedeno na reproduktivnu funkciju (pre svega dojenje).

„Beba je htela da sisa na jednu sisu, na jednu nije. I sad kao ja sam bila stalno sa golim sisama i totalno to kao da smo sami mi u sobi. Ma atmosfera, važi, daj sisu, vadi, jedi, nemoj jesti, prosto te barijere više nemaš u glavi. I onda kada se sve to završi, onda ti opet postave barijere. Kao ne idi sa golim sisama okolo.“ (Ivana)

Postporođajno telo ima veoma nestabilne granice (iz njega cure krv i mleko; materica se skuplja, a grudi otiču) i ono je ujedno pretvoreno u javni objekat unutar medicinskog okruženja (Kukla, 2005). Obe vrste transformacija predstavljaju izazov za ženu kao otelovljenog subjekta i promena njenog odnosa prema sopstvenom telu predstavlja reakciju na ove ogromne promene kroz koje ono na porođaju i nakon njega prolazi.

* * *

Isključiva usmerenost na telo i zanemarivanje žene kao otelovljenog subjekta ne ostavlja samo posledice na to kako se žene osećaju i kakvo porođajno i postporođajno iskustvo imaju, već i na to kako će se samo telo tretirati u bolnici – što, naravno, ima dodatne efekte na to kako se žena oseća. Naredno poglavlje će se usmeriti na paradigmatičan slučaj takvog medicinskog tretiranja porođajnog tela kroz analizu veoma raširene prakse hormonskog pojačavanja kontrakcija, koja za posledicu ima verovatno najradikalniji oblik zanemarivanja i ugrožavanja žene kao otelovljenog subjekta.

Davanje indukcije: „prirodne“ vs. „veštačke“ kontrakcije

"Aversive, involuntary and disruptive, the painful body emerges as a foreign thing." (Leder, 1990: 77)

U beogradskim porodilištima postoji rutinska praksa administriranja sintetičke verzije oksitocina, hormona koji izaziva porođajne kontrakcije¹¹¹, 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“¹¹². Ova praksa i odnos prema njoj je veoma 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 poglavlju pokušaću da pokažem vrstu i intenzitet razlike koju hemijsko pojačavanje kontrakcija unosi ne samo u ženin doživljaj

¹¹¹ Postoji nekoliko vrsta uterotonika tj. medikamenata koji izazivaju kontrakcije materičnih mišića. Oni mogu biti hormonskog i alkaloidnog porekla, a uterotonik koji predstavlja hormon zadnjeg režnja hipofize je oksitocin tj. sintetisani preprata pod nazivom sintocinon (Mladenović et al., 2008).

¹¹² U medicinskom smislu, indukovani porođaj je onaj porođaj koji nije spontano započeo, već je podstaknut uz pomoć uterotonika. Kod većine sagovornica u ovom istraživanju porođaj jeste započeo spontano, a sintocinon je dat kako bi se on ubrzao i skratio. Adekvatan naziv za to bi bile *hemijski pojačane kontrakcije*, a ne *indukovane kontrakcije*. Ipak, s obzirom na to da se izraz „davanje indukcije“ bez izuzetka koristi u narativima, kao i s obzirom na to da hemijski pojačane i indukovane kontrakcije imaju iste efekte po doživljaj subjekta tj. u fenomenološkom smislu su ekvivalentne, zanemarićemo ovu terminološku razliku koja ima isključivo medicinsku relevantnost.

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.

Oslanjajući se na fenomenološku analizu izloženu u teorijskom delu rada pokušaću da rekonstruišem situaciju porođaja iz perspektive žene pre davanja indukcije i neposredno posle toga, koja se u narativima žena po pravilu povezuje sa razlikom između „prirodnih“ i „veštačkih“ kontrakcija.

„Prirodne“ kontrakcije

Pojava kontrakcija najčešće označava pojavu porođajnog tela za ženu i njihovo javljanje je po pravilu praćeno bolom. Pitanje je kako žene doživljavaju bolne kontrakcije i kako se za njih sopstveno telo pojavljuje. 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, traju relativno kratko i 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)

„Pa ja ne znam, ja sam osećala u ovom donjem, sad kako je stomak pa u donjem delu gde su jajnici osećala isto to kao da treba da dobijem. Onako i dalje to nije bilo bolno, znači ja sam to osetila i prosto sam ga primećivala i ponavljalo se, ali i dalje nije bilo bolno. Ja sam se sasvim normalno i šetala i sve mi je bilo ok...“ (Nevena)

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

„A bolovi u tom trenutku nisu bili jači od menstrualnih. Bilo je onako, to, ali to ne može da se meri, zato što meni u menstruaciji dva sata traje neprekidno. A ovde kontrakcija traje do nekih tridesetak sekundi maksimalno i splasne i onda pusti. I nemam onda taj osećaj, kao menstrualni, kad konstantno boli, ipak te maltretira te dugo i prosto koliko god i kakav god da je bol.“ (Teodora)

Bol koji im se javlja poznat im je po kvalitetu, jer je sličan menstrualnom bolu. Neke sagovornice su isticale da je čak lakše podnošljiv, jer nije konstantan, već se ponavlja u određenim razmacima. Između kontrakcija se ne oseća nikakav bol i žene se tada odmaraju, ponekad čak spavaju, pa ističu da su im kontrakcije bile naporne pre svega jer su ih budile stalno.

„I jedino što me njaka što bukvalno na minut i po su te kontrakcije. Ja zaspim i na minut i po se probudim. I celu noć tako. Nisu jake, ali su jako česte. I ja još pri tom spava mi se, uvatim sebe da zaspim i sve vreme držim ovako telefon kao da merim na koliko su.“

B: Kakav je doživlja tih kontrakcija?

S: Pa kao grč neki i baš u stomaku samo. Kasnije su bile totalno drugačije, posle indukcije. Ima tu učili smo, osam vrsta kontrakcija, meni je taj kasniji... ne znam, ja bih to spojila u jednu prebolnu. Ove na početku su kao menstrualne. I više kao smara što te budi non-stop.“ (Sonja)

Postoje još dva značajna elementa u Sonjinom citatu – poređenje sa indukovanim kontrakcijama i merenje kontrakcija uz pomoć sata. 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 njegova pojava ne prosto neprijatna i ugrožavajuća, već preplavljujuća i nepodnošljiva.

„I doktor je meni tad je 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)

„I sad morala sam u hodniku da uključim to disanje, jer je sad to već bilo malo jače. Ajde prosto da

olakšam sebi, nema potrebe da se sad stiskam. Jer poenta upravo i jeste to. (...) Nisam više ni merila kontrakcije. Nisam merila. Ponela sam sat, ali valjda sam bila previše koncentrisana na to šta mi se događa nego sad da gledam na sat kako će koja da se događa. I recimo da su se na pet minuta pojavljivale, to je neka moja procena. A disanje je, pa jeste mi pomagalo, nekako ti misli više prebaci na disanje nego ti što se sada događa.“ (Teodora)

Žene koje su prošle kroz psihofizičke pripreme za porođaj (o čemu će detaljno biti reči u posebnom poglavlju) savladale su tehnike disanja koj ima olakšavaju bol, makar tako što „skrenu misli“ tj. prestanu da budu usmerene na bolne senzacije, već se usmeravaju na svoje disanje. Brojanje ili merenje kontrakcija ima sličan efekat.

Inače, treba imati u vidu da se svi dobijeni opisi „prirodnih“ kontrakcija odnose samo na kontrakcije sa početka porođaja, jer su sve sagovornice dobile indukciju nakon toga i kvalitet i intenzitet kontrakcija se potpuno promenio. Mi zapravo ne znamo kakav bi one doživljaj spontanij kontrakcija imale do kraja porođaja. Jedini uvid u to nam daje Unin narativ, jer se ona odlučila za porođaj kod kuće i ima iskustvo „prirodnih“ kontrakcija tokom trajanja čitavog porođaja, pa ćemo se detaljnije posvetiti njenom slučaju.

„Meni kontrakcije idu sve vreme na četiri minuta i to deluje dosta brzo, ali zapravo... odnosno zvuči kao iznurujuće, ali nekako nije. I intenzitet im se povećavao jako sporo. Tako da sam se tuširala, osvežila, oprala kosu. Jer mislim nisu tako strašne. One su išle na četiri minuta, ali sam ja mogla komotno da stojim i da se tuširam. Imala sam kontrakcije, ali ništa tih prvih četiri-pet sati, ništa me nije ometalo zapravo u funkcionisanju. I onda se pojačavao intenzitet ali na primer prvi sat budu non stop istog.“

Una izveštava o veoma sporom povećanju intenziteta kontrakcija, koje su njoj bile ne samo podnošljive, nego koje je nisu previše ometale u aktivnostima. U celom njenom narativu je veoma primetno to da njeno kretanje i funkcionisanje nisu ograničeni nekim spoljašnjim okvirom i da ona sve vreme radi ono što joj prija.

*„ (...) Disanje je meni pomagalo. Inače, nije me je babica instruisala šta da radim. **Ona je bila u fazonu radi šta god ti prija.** I sad meni je u nekim momentima prijalo da stanem uz policu za knjige i tako se podbočim u tom položaju. I taj je u stvari najbolji. Baš kao što čitaš u tim priručnicima kako to žena za merdevine, uhvati se i, to da, to je nekako najprirodnije, najmanji pritisak na sve ostalo.“*

Uni olakšava to što može da se kreće i da stavlja svoje telo u položaje u kojima se najbolje oseća. Videli smo da to u bolničkim uslovima uglavnom nije moguće. Inače, Una se nije porađala potpuno bez medicinske podrške. Na njenom porođaju je bila prisutna babica, ali u ulozi dodatnog saradnika (pored Uninog partnera), ne u ulozi nekoga ko upravlja procesom i drži ga pod kontrolom. Njena babica je bila veoma nedirektivna i podsticala ju je otvoreno da se oslanja na svoje otelovljeno iskustvo i da se ponaša u skladu sa njim.

„I ja sve vreme imam kontrakcije, ali ništa mi to nije strašno bilo. E onda moj dečko se spremio uoči porođaja, tražio je akupresurne tačke na netu za bolove i za porođaj. I onda mi je to pritiskao. I onda sam ulazila u bazen... I, e onda sam počela kao malo da me bolucka i onda ja tako ležim ili u bazenu ili na krevetu i onda samo dignem ruku i onda jedno od njih dvoje pritrči da mi pritisne ovu tačku. I jako mi je pomagalo. Ja sad ne znam da li je placebo ili šta je, nemam pojma. Ali mi je jako pomagalo. Ja sam imala modricu tu, jer su mi oni toliko jako pritiskali, jer pritiskanje mi je to strašno prijalo. Možda mi je skretalo pažnju sa drugih, ne znam. I tako sam ja provela manje više dosta veliki deo dana.“

Una se oslanjala na alternativne tehnike za smanjenje bola – akupresuru i boravak u bazenu gde topla voda olakšava širenje grlića i umanjuje neprijatan osećaj. Takođe, iz njenog narativa je jasno da je ona bila u centru pažnje na porođaju. Ona je, oslanjajući se na svoje otelovljeno iskustvo, izveštavala partnera i babicu o tome kako se oseća i oni su reagovali na njene znake i pokušavali su da joj olakšaju.

„E i ja sam spavala. Onda sam se ja umorila i ja sam spavala i to je neverovatno bilo..._Da sam ja spavala između tih kontrakcija koje idu na četiri minuta i onda se ja probudim i brojim do dvadeset jer su trajale dvadeset sekundi ili dvadeset mojih brojanja, ne znam čega. I to idu, znaš kako su išle, tačno sam znala kad izbrojim do deset, znam da sam prešla pola, da je oko trinaest najjači i da se onda kao spušta intenzitet. I u međuvremenu sam spavala. Neverovatno. I ja sam spavala dva sata tako. Kao probudim se, odbrojim to svoje i spavam.“

I kod Une se javlja brojanje kao tehnika koja olakšava da se podnese kontrakcija. Žena se fokusira na odbrojanje i to joj olakšava da proračuna koliko još treba da izdrži do vrhunca kontrakcije, a onda do njenog prestanka. Tako je kontrakcija izdvojena i smeštena u vremenski okvir, pa je lakše prevladati je. Treba imati u vidu da je uspešnost ove tehnike omogućena potpunom pravilnošću i u frekvenciji kontrakcija i u povećanju njihovog intenziteta.

„I mnogo mi je lep dan bio tada. Mislim, mnogo lep. Zato što smo mi nekako super funkcionisali i ... ja nisam uopšte ništa radila osim što sam tako ležkarila. Jer stvarno nisam rekla ni aaaa. A nije da me nije bolelo, mislim ništa to meni nije bilo strašno, ne znam kako da ti opišem. (...) I postajale su one sve jače i jače. Neuporedivo jače nego ono kako su krenule. Mislim bolnije i širile su se preko leđa i to. Ali ja nekako moj doživljaj je bio... ništa to meni nije bilo strašno.“

Dakle, bolovi su bili podnošljivi čak i kad su se znatno pojačali, jer su se postepeno intenzivirali i i dalje su imali pauze. Una nije imala potrebu da viče, niti je primetan neki drugi znak patnje. Ono što ostavlja najsnažniji utisak jeste to da ona uživa u prijatnoj i intimnoj atmosferi i tome što se porođaj odvija kao kolektivni poduhvat. To nije situacija u kojoj nju neko porađa, već se čitav proces odvija uz njeno učešće, ali i učešće drugih.

Ipak, treba imati u vidu da Una jeste specifična sagovornica koja ima dosta poverenja u svoje telo i identifikovana je sa idejom da je porođaj prirodan proces koji se odvija sam od sebe i samo treba „da mu se prepusti“. Ženama koje to ne dele, ovako nedirektivno porođajno okruženje možda bi bilo pre ugrožavajuće nego olakšavajuće. Dakle, postoji mogućnost da mnoge žene ne bi imale ovako pozitivno iskustvo porođaja kod kuće i neka istraživanja to potvrđuju (Akrich & Pasveer, 2004). Zato navođenje ovog iskustva ne treba prosto da se shvati kao promovisanje prirodnog porođaja, već kao ilustracija spontanijih kontrakcija koje nisu hemijski pojačane. I Unin narativ dobro ispunjava svoju funkciju, jer opis „prirodnih“ kontrakcija koji Una daje u potpunosti je saglasan sa opisom koji su dale ostale sagovornice. To pokazuje da i pored toga što je bol u kasnijim fazama porođaja znatno jači, postoje odlike ovih kontrakcija koji ih značajno razlikuju od onih indukovanih, što omogućava da ih žena sasvim drugačije doživljava. 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.

„Veštačke“ kontrakcije

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

Sylvia Plath (2006: 90)

U beogradskim porodilištima se ženama koje se po prvi put porađaju rutinski¹¹³ daje sintocinon kako bi se kontrakcije ubrzale i pojačale i time porođaj skratio. Ovo praktično izgleda tako što im neko od medicinskog osoblja priključi infuziju ili da injekciju bez traženje saglasnosti, čak i bez bilo kakvog objašnjenja ili informacije o tome šta su dobili. Ubrzo potom ženama se javljaju izrazito jake i bolne kontrakcije koje se ponavljaju skoro bez pauze¹¹⁴. One su najčešće sasvim nepripremljene, jer su im dotadašnje kontrakcije ostavljale vremena da predahnu i postepeno su se pojačavale, i suočavaju se sa sasvim drugačijim kvalitetom bola. Ono što ovaj bol svakako odlikuje jeste **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. Ja nisam znala stvarno da to do te mere boli, ta indukcija. I rekla sam ti. Ja imam neviđeno bolne menstruacije i zato sam mislila kao da mi je prag tolerancije na bol pomeren. Međutim... 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 sam 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 prikazali, ni koliko toga je isteklo, to stvarno

¹¹³ Što znači svim porodiljama bez razlike, bez obzira na praćenje toka porođaja i brzine otvaranja grlića.

¹¹⁴ U medicinskom smislu, pauze između kontrakcija su suštinske za dobrobit fetusa, jer neprestane kontrakcije ugrožavaju protok krvi kroz placentu koja može da izazove manjak kiseonika u krvi fetusa i da ga životno ugrozi (Cunningham et al., 2010: 142)

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)

„Ali ono što me je tu dotuklo, je naglo pojačanje bola, posle te indukcije. Jer mislim da makar, nema veze neka prirodno budu i takve na kraju, ali nek budu na kraju ili nek budu postepene. Tako od skoro onako da te nervira i onako grč, možeš da izdržiš i ne moraš da bekneš da te boli, do mere da ne znaš gde ćeš...” (Sonja)

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.

„B: A da li postoji vrhunac bola pa se smanji intenzitet, kao kad su ti kontrakcije počele?

S: 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. Da je u tom trenutku kad je postignut maksimum to trajalo, možda je samo bilo češće, ja ne znam u tom vremenu posle, da li je to učestalije tih poslednjih sat vremena više nego što jesu. Samo znam da je u nekom trenutku bilo bukvalno nema više nade, i ajde molim vas samo... i pri tom razmišljam u sebi samo me vodite, samo me vodite na carski, više ne mogu da izdržim. I gledam na sat, prošlo je pola sata od tog poslednjeg puta kad sam rekla, i ono već ne, ne ovo se nikad neće završiti. Meni je to tako izgledalo ovo se nikad neće završiti...” (Anđela)

Subjektivni doživljaj vremena i njegov objektivni protok se radikalno razilaze. Iako sat pokazuje da je prošlo samo trideset minuta, za Anđelu to izgleda kao bolna večnost i zato doživljava kao da se patnja „nikad neće završiti“, jer porođaj može (objektivno) da traje još nekoliko časova.

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.

„Tu mi je ono počela da kažem agonija. U tom trenutku mi se činilo nema ni pauze, nema ni ništa kao. ... Ja sam apsolutno bila nesvesna za bilo kakvu komunikaciju osim ono da vrisnem kad su mi kontrakcije i to je to. ... A bol me preplavljuje. To je bilo od dole, od materice, od donjeg stomaka je kretalo ali činilo mi se da se celo telo zgrči i raspada.“ (Anđela)

„Osetila sam da se raspadam. Imala sam utisak da mi se leđa odvajaju i da ću tog trenutka da padnem na pod i da umrem. Strašno.“ (Sofija)

*„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 aaaaaa.“ (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. Upravo to izaziva doživljaj preplavljenosti ili radikalne disocijacije koja onemogućava elementarnu integraciju otelovljenog iskustva.

„I ništa ja sad stanem tako da se derem i imam te senzacije da me drma struja i da se projektujem na plafon i do te mere... Mislim da kada me zaboli da kao srce čš-čš-čš, ovako da iskoči. ... A ima pauza od nekih minut, a i to je mislim još i mučniji momenat kad popusti, apsolutno te ništa ne boli. Možeš da zaspiš tog momenta. I to je neki najblaženiji momenat u životu koji sam doživela. 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. ... Pa pauza bude možda minut. I onda opet. I onda čini mi se budu čak jače. Ali, kažem ti, meni nekako kao što mi je zima ispod minus pet, meni je jednako zima do kraja. E tako me ovo bolelo do beskraja i nema dalje. ... Htela sam iz kože da iskočim.“ (Sonja)

Za razliku od prirodnih kontrakcija čiji kvalitet je ženama poznat i opisuju ga kao menstrualni bol, sam kvalitet ovih hemijski pojačanih kontrakcija im je nešto nepoznato, što im nije lako da dočaraju. One ne mogu da se oslone na uobičajeno iskustvo koje većina devojaka deli („znaš kako te boli kad dobiješ, pa tog tipa“) i zato se oslanjaju na metafore i poređenja („kao struja da me drma“). Sonja takođe doživljava da je jačina bola prešla njen gornji prag, tj. da ona više ne uspeva da diferencira njegove eventualne objektivne promene u intenzitetu.

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 javljaju se vikanje i vrištanje. Mnoge sagovornice su isticale da su očekivale da će moći da se suzdrže i da neće „puštati glas“.

„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. Ja ono tipa kod zubara nikad nisam pustila glas. Pa mi je pričala mama kad sam bila mala, nikad nisam plakala, sve sam u sebi zadržavala. I čak kad sam kod doktora bez anestezije, imam neki manji kvar, ja se skroz umirim i razmišljam o ne znam ni ja čemu i ja se tako umirim, da sebe što više umirim, da mi bude ok. Pri tom sam mislila... ali nema šanse, tu nije bilo šanse, ja sam se čula. A gledala sam, tad je jedna žena se porađala, isto preko puta mene, ona se nije čula. Ja sam sigurna da je ona uzela epidural, nema šanse, ona se nije čula, nije se pomerila, ona je samo ovako gledala u mene sa sažaljivim pogledom. Ona vidi kako se ja prevrćem po krevetu, kako se izvijam. Nekako na jednu stranu si okrenut pa se onda skupljaš koliko možeš.“ (Anđela)

Anđela opisuje kako je uvek ranije u životu uspevala da podnese situacije u kojima je trpela bol i da je imala dovoljno samokontrole. Ona se na porođaju osećala sasvim bespomoćno pred neprijatnim senzacijama koje je osećala. Čak joj je jedini način da objasni kako je moguće da nisu sve žene vrištale, to da su one imale anesteziju i nisu osećale tako strašne bolove. Vrištanje je krajnji izraz bespomoćnosti i preplavljenosti i to se veoma dobro vidi iz Sonjinog narativa.

„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 to prvo, ne znam koliko sam tu prstiju otvorena, da kažem pet, tu me prag mog bola i ćao, već me je prešlo. I od tog momenta pa na dalje ja vrištim na sav glas i vrištim do kraja. E ova do mene nešto glasnije je kukala, vamo tamo, ali i dalje je ona samo u kuknjavi, ja se derem, jer znam da sam se drala koliko mi je grlo. Ja se derem. 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)

Izgleda da je vrištanje jedino što je ovoj sagovornici preostalo. I ono 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).“

Bol na porođaju se po pravilu doživljava kao napad na subjekta, a pokušaj da se od njega pobegne – kao što se beži od spoljašnjih neprijatnih ili ugrožavajućih stimulusa – predstavlja veoma čestu reakciju. Ona se nužno suočava sa neuspehom, jer neprijatelj od koga se beži napada iznutra. Kako Leder kaže: „visceralne senzacije obuzimaju me iznutra i često su emocionalno veoma nametljive (Leder, 1990: 40).“

„Znam da sam pokušavala, a šetam hodnikom sa tim stalkom sa infuzijama, i kako je taj stalak pa ima one četiri nogice, i sad sam ja pokušala kad mi krene kontrakcija da se popnem. Kao da si na vrućem dole, vrelo. I sad ja hoću da se popnem i sad se penjem na taj... a pri tom sam u nekim papučama i jako mi je nezgodno i penjem se na taj i razmišljam pašću još i slomiću se, ali sve vreme pokušavam. I u jednom momentu shvatim da je suludo, da se neću popeti na to. Ali imam ideju da bi mi tako makar malko bilo bolje. Sve šta god može da upali, sve može. ... I znaš kako ono u školama ima, kako je zid pa ono masna farba, pa onda stave samo parče lajsne drvene da se ne grebe ono. E u jednom momentu sam se zadesila baš tu, vraćala sam se već nazad u salu i pokušala sam kako je zid pa ima ta lajsna, onda me zbolelo tu, pa sam odustala od penjanja na stalak, pa sam čas se ovako kačim za to, ne bi li se uhvatila ovako i digla, nekako da se popnem na zid. Ako mogu da pobegnem. Jezivo.“ (Sonja)

Čak i kada se ne javljaju bezizlazne reakcije u vidu fizičkog bežanja iz sopstvenog tela – Sonjino iskustvo veoma ubedljivo pokazuje koliko to može apsurdno da deluje, dok nam u isto vreme slikovito približava to kako se ona oseća – žene bi na sve načine da pokušaju da izbegnu bol i nekako izmene svoju situaciju.

Maja se izrazito plašila davanja epidurala, jer se igla ubada u kičmu. Čak je neposredno pre početka svog porođaja videla kako daju anesteziju nekoj ženi u bolnici i pomislila da ona nikada na to ne bi pristala. Pored toga, prošla je pripreme za porođaj, na kojima je bila veoma ažurna, vezana za babicu koja je veliki protivnik epidurala, i, iako se predomišljala ranije, pred porođaj je definitivno odlučila da ne želi anesteziju. Nakon dobijanja indukcije sve se promenilo i odmah je tražila anesteziologa.

„B: A u tom trenutku nisi razmišljala o tome kako će ti dati epidural, ni o mogućim rizicima?

M: Ne, apsolutno, ma to ti je, ti u tom trenutku da ti ne znam šta ponude, da ti kažu da će ti biti od toga bolje, ti bi to prihvatio. Znači apsolutno ne znam šta da ti kažu, ja ne znam, da ti ponude bilo šta, ti bi rekao daj, samo daj. Samo da prestane. Eto, to je toliko da više ne možeš da razmišljaš, taj bol te bukvalno slomi da apsolutno ti mozak ne radi. Samo misliš o tome da prestane. Samo ti je to u glavi, znači neverovatno.“ (Maja)

Sofija, koja je bila veliki protivnik bilo kakvog medicinskog mešanja, lekova, intervencija i kojoj je najveći strah pred porođaj bilo to da „ne završi na carskom“ slično razmišlja.

„Jebote što ne rekoh na carski rez, znaš ono sve ti prolazi kroz glavu, protiv čega si inače sve vreme bio. I protiv carskog reza sam bila i protiv epidurala i sve. E u tom trenutku mi je sve bilo, e koja sam ja glupača, šta ja sad glumim hrabrost, znaš sve neki fleševi...“ (Sofija)

Kada se subjekt oseća tako ugrožen, sve drugo postaje manje bitno, svet se povlači u pozadinu. Čak i do prethodnog trenutka najbitniji deo tog sveta – beba.

„I bilo je izjava tipa 'hoćete li više da je izvadite?'. Kad je doktorka došla, ona je rekla 'sram te bilo! To je tvoje dete, a ti tako o njoj pričaš.' 'Aaaaa', rekoh, 'džabe brate'. Rekoh ne mogu, ubiću se s detetom, ne mogu, ajde više. Kao kako ti to tako pričaš? Ali i da, prodala bih majku rođenu, da su me pitali, prodala bih, priznajem, priznajem sve. Da sam terorista, terorista sam. Znači nemam rang, sve može i to dete mi više nije bitno, ništa znači. Na dete sam skoro ni malo usmerena. Samo mi tako prolete rečenice jaog to ne bi trebalo. Ali ma kakvi, u tri sekunde ćao, ja sam već u drugom filmu.' (Sonja)

Ovakva reakcija, iako zvuči veoma neuobičajeno, zapravo je česta među ženama koje su imale iskustvo izrazito bolnog porođaja usled dobijanja indukcije, što ćemo videti kada budemo razmatrali reakciju na tek rođenu bebu na kraju porođaja. Žene koje su mesecima bile usmerene na razvoj i dobrobit bebe u stomaku, dovedene su u stanje takve ugroženosti na porođaju da ne uspeavaju da se usmere ni na šta van svoje trenutne telesne situacije¹¹⁵.

Dakle, reakcije žena nakon davanja indukcije često odslikavaju njihovu nemogućnost da održe minimalni integritet selfa, psihičkog 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 bacakanje ili ječanje i urlici, neartikulisane automatske reakcije slomljenog i preplavljenog subjekta. Majino iskustvo je ilustrativno za različite razmatrane aspekte bola koji prati „veštačke“ kontrakcije.

„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 Maja 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. Naveden citat svedoči o potpunoj preplavljenosti, selfu koji nema čak ni to malo prostora. Bol prosto

¹¹⁵ Iz razgovora sa medicinskim radnicima može da se zaključi da oni smatraju da su žene „razmažene i sebične“ i da „ne misle na dete, nego samo na sebe“ i da to stoji u osnovu ovakvog odnosa žena, što je jasno i iz Sonjinog iskustva.

baca ženino telo po krevetu. Preplavljujući bol na porođaju, koji žena doživljava kao ekstremno ugrožavajući, posledica je nemogućnosti da se *održi adekvatna distanca između otegovljenog selfa i tela*, odnosno da subjekt sačuva neki minimum integriteta pred unutrašnjim napadom.

Disocijativno iskustvo: uticaj sedativa

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 neki od benzodiazepina poput bensedina)¹¹⁶.

„I onda je ova doktorka rekla dajte joj bensedin i onda su oni meni dali bensedin. I to je bilo haotično, ali stvarno ne mogu da ti objasnim koliko haotično... Šta je meni verovatno još veći problem bio. Meni kako oni popuste, meni se prispava. I onda mi opet krenu i onda ja se cimam. I onda ne znam šta mi se dešava. To je malo zajebano...“ (Sofija)

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.

“I on je meni nešto dao protiv bolova. Nešto mi je dao, jer ja se sećam da sam na pola porođaja kad sam bila otvorena tipa osam, ja sam zaspala. Ali ja sam toliko bila uplašena da je moj strah pobedio čak i sedativ. On je meni dao sedativ neki. Ali nisam sigurna, sve ide kroz braunilu. Ja to ni ne vidim. Oni samo prilaze i nešto stavljaju, nemam pojma. Niko ti ništa, niko ti ništa ne priča. Samo prilaze i nešto stavljaju, turaju. I ja zaspim, ali ja sam se toliko plašila. Ja sam se plašila šta može da se desi. Ti ležiš tamo i osećaš se kao da nemaš nikoga na svetu, kao da si sam na ovom svetu. I samo se plašiš šta će sad, šta će sad, šta će sad? I ja sam ovako gledala. I ja zaspim. I samo ovako se probudim, ono strah

¹¹⁶ Ukoliko su uopšte dobijale obaveštenje o tome šta su im dali, ženama je objašnjeno da su dobile nešto što će pomoći da im „popuste bolovi“. Ipak, na osnovu razgovora sa lekarima, stekla sam utisak da ovi lekovi imaju i dejstvo koje je sasvim nezavisno od subjektivne dobrobiti za žene i tiče se opuštanja glatke muskulature i lakšeg otvaranja grlića materice. Ženama je, inače, zbog bolova koje trpe i straha koji osećaju u pauzama između kontrakcija teško da se opuste i one dodatno otežavaju dilatiranje – Sonja i Saška su izveštavale da im je osoblje često tokom porođaja govorilo „opusti se, šta si se stegla toliko“. Ovakav zaključak potvrđuje i činjenica da neke žene dobiju sedative čim ih prime u porodilište, dok još ne trpe nikakve bolove, kako bi se grlić opustio.

me probudi. Mnogo mi se spava, i znači bukvalno ono moj strah se bori da ne zaspim da vidim šta se događa.“ (Saška)

Na osnovu Saškinog narativa jasno je u kakvo psihičko stanje mogu da dospeju žene kada su izložene nepredvidivom nizu averzivnih postupaka. Tada nije samo bol ono što treba da podnesu i što im određuje doživljaj stvarnosti, već i strah. Ovaj strah se samo povećava u situaciji u kojoj je njima dodatno otežano da isprate šta im se dešava, jer gube svest na trenutke.

„I onda je doktorka rekla babici, sad može, valjda su čekali da se tu nešto pred kraj. 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/ugroženi subjekt, pa odsutni subjekt itd. Verovatno najveći stepen disocijacije nastupa kod onih žena koje i ne saznaju da im je sedativ dat, pa se iznenada nađu u situaciji da ne razumeju šta im se dešava i ne uspevaju da se pripreme za sledeći bolni napad.

*„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, toliko sam iscrpljena 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. Dva minuta,*

ali ti zaspiš kao. To traje posle kad su se na dva minuta te kontrakcije došle, ja ne mogu da verujem je l' ja zaspim, padnem u nesvest, zaspim, 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)

Za žene koje su prošle pripreme za porođaj i koje su savladale vežbe disanja izuzetno je važno da mogu da anticipiraju nadolazak naredne kontrakcije i da se pripreme za nju. To je uslov mogućnosti da tehnika koju su naučile ima efekta i da ne budu preplavljene kontrakcijama. Ovo je veoma očigledno u Teodorinom iskustvu.

„A onda su me u jednom trenutku, recimo da je to bilo oko pola dva i on je rekao daćemo ti neku injekciju za umirenje. Nije to ništa strašno, prosto malo će te manje boleti. Pa u tim pauzama ti slobodno ako možeš odspavaj. Ma kakvo spavanje, nema tu priče od spavanja, da sam htela, to prosto nije moglo da se spava. I nastavljam ja dalje i kako mi je to dao, a rekao mi je da malo će ti se možda vrteti u glavi, nemoj da se iznenadiš, to je normalno. Ali prosto malo da te opusti. Ja mislim da je mnogo... ne sviđa mi se što mi je dao tu injekciju, mislim da bih se ja mnogo bolje kontrolisala i mnogo bolje bi bilo da nije. E sad koji su njegovi razlozi da daju tu injekciju, ja ne znam, stvarno ne znam koji su. Tako da da li postoji neki drugi razlog, zbog čega to mora da se da. Ne znam, prosto organizam se opušta i ne znam. Uglavnom, on je meni to dao i meni se zaista vrtelo u glavi. I mislim da mi je to vrtenje u glavi i zbog te injekcije se onako prilično koncentracija pomutila. Ja nisam bila onako koncentrisana i da se nisam lepo držala onako kako bih trebala da se držim. Inače od spavanja nije bilo ništa, prosto su kontrakcije bile, kako da zaspim taj jedan minut kada mi.. A i nisam ni htela, prosto hoću da čekam, da kad krene da ja odmah krenem da dišem.“ (Teodora)

Kod Teodore koja je uspela da zadrži priličan stepen kontrole i integriteta tokom porođaja, sedativ je predstavljao samo smetnju. Ona se oslanjala na tehniku naučenu na pripremama i uspevala je da očuva adekvatnu distancu u odnosu na bol, i pospanost i vrtoglavica, koji su posledica dejstva sedativa, samo su je ometali da se fokusira na nadolazeće kontrakcije i da nastoji da ih savladava.

* * *

Naravno, ne prolaze sve žene kroz ovako dramatično iskustvo, ali jedan broj njih prolazi. I nezavisno od toga da li neke žene lakše podnose ovakav tretman, a neke čak iz različitih kontingentnih razloga uspevaju da ga izbegnu, verujem da iskustva razmatrana u

prethodnom poglavlju jesu indikativna 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 jednu važnu posledicu i to na ishod porođaja, ali i očekivanja i postupanje samih lekara, čemu će biti posvećeno naredno poglavlje.

Faza napona u otuđenom porođaju: 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, a ponekad i samih žena koje se porođaju, dodeljuje ženi kao agentu marginalnu ulogu na porođaju. Možda je i pogrešno ovu ulogu nazvati marginalnom, jer se u medicinskoj praksi ispostavlja da je ona izuzetno bitna, ali je povezana sa veoma kratkim završnim periodom na porođaju – fazu napinjanja – kada se od žene očekuje da gura i pomogne refleksnoj fiziološkoj reakciji tela¹¹⁷ kako bi beba u što kraćem vremenu izašla napolje. Pitanje je zašto žene često ne uspevaju da se napinju tj. da budu agenti u jedinoj situaciji tokom porođaja u kojoj im je u medicinskom kontekstu ostavljeno mesto za to? Problem leži u tome što je često u lokalnim insitucionalnim 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.

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 uticajem na fiziološki mehanizam. Ova spoljašna perspektiva očigledna je u narativima nekih sagovornica koje se oslanjaju isključivo na ponašanje medicinskog osoblja (ili na objekte u okruženju, kao što je sat) da bi zaključile šta im se dešava i kako njihov porođaj napreduje.

¹¹⁷ Porođajni naponi su kontrakcije trbušne muskulature i dijafragme žene koji nastaju kao posledica pritiska prednjačućeg dela ploda na cervikalne ganglije koje se nalaze u grliću materice (Čutura, 2005; Mladenović et al., 2008).

„Uglavnom u tom nekom trenutku kad je već bilo hoće li, ja ga gledam (doktora), tri sata, ništa se ne dešava... nemam pojma, oni dolaze tu... ništa. Mislim komentarisali su, ali ništa mi nije značilo, tipa osam prstiju. (...) Oni su tu meni podesili stolicu u taj neki položaj za porađanje i on je tu nešto onda komentarisao devet prstiju i ja sam mislila ok tad se porađam i posle toga oni su videli valjda još se nije spustila beba i oni su mi opet vratili tu stolicu. I tad sam ja mislila 'ma nema šanse, nikad se neću poroditi.'“ (Anđela)

Anđela ne uspeva da se osloni na svoje otelovljeno iskustvo kako bi se orijentisala tokom svog porođaja. Ona pokušava da protumači kada „se porađa“ tj. kada će nastupiti faza napinjanja koja vodi rođenju bebe na osnovu komentara lekara, činjenice da su joj podesili stolicu u odgovarajući položaj i na osnovu protoka vremena na satu koji se nalazi u sali. Zbog toga joj i deluje da se „nikad neće poroditi“ s obzirom na to da su spoljašnje okolnosti neposredno zatim vraćene u pređašnje stanje. Proces rađanja je za Anđelu otuđen, desubjektiviran. Ona nema uvid u njega i u njemu ne učestvuje. Taj proces joj se jednostavno dešava i ona je primorana da ga podnosi. Ne da nema privilegovani položaj u odnosu na druge osobe, s obzirom na to da je ona to telo koje se porađa, već je njena pozicija krajnje deprivilegovana. Svi drugi imaju bolji uvid i više učešća u tom procesu koji se odvija u njoj. U epistemičkom smislu, Anđela bi bila u podjednakoј poziciji i da gleda svoj porođaj sa strane, ili, čak, da posmatra porođaj neke druge žene. S obzirom na to da je žena isključena iz procesa, ona uvid stiže samo posredno, tako što je o tome obaveštava medicinsko osoblje (ili tako što uspe da čuje razgovor između njih).

*„Znam da je u jednom trenutku on (doktor) došao i rekao, 'vidi, Saška, sad ćemo da se porađamo'. A ja u fazonu pa šta radim do sad?! Pa šta sad! On kao došao je da me obavesti. A to valjda znači razumeš da guraš. I on meni kao sad će da porađa, kao da budeš spremna. Ja kao da budem spremna, a ne mogu više, ne znam šta da radim. Pa šta sad? Ako ovo nije to pa šta sad, **ja sve vreme mislim da se porađam, a on kaže sad ćemo da se porađamo. Pa kako onda to izgleda?** Ja sam se prestravila. I tako je dvaput dolazio i kao evo sad ću. Evo mislio sam da ćemo sad, ali kao ne može, baš kao ne otvaraš se kako treba. Evo sad ćemo, evo sad ćemo. Bukvalno kao pripremi se ti. A ja ne znam ni kako.“ (Saška)*

Lekar Saški upućuje sasvim nerazumljiv zahtev, koji je skoro paradoksalan s obzirom na okolnosti – da se pripremi za nešto joj je nepoznato, što ne zna kada će nastupiti niti kako će izgledati i kakva njena uloga u tome treba da bude, s obzirom na to da

nije imala nikakvu ulogu do tog trenutka. Ovoj sagovornici ostaje do kraja nepoznat i nedostupan proces koji joj se sve vreme dešava. Nju lekar obaveštava o tome da će nastupiti kraj porođaja, a onda ga odlaže, kao da se sve to nje uopšte ne tiče.

Završna faza porođaja zapravo treba da za ženu bude najavljena osećajem napona. Naponi se doživljavaju veoma intenzivno, kao snažni udari i jak nagon za pražnjenjem. Žene tada, na osnovu otelovljenog iskustva, obaveštavaju osoblje da je počela poslednja faza¹¹⁸. Jedan deo problema leži u tome što uopšte nije retkost da žene kod kojih su indukovane ili značajno hemijski pojačane kontrakcije ne osećaju napone¹¹⁹ i da ih osoblje onda podstiče da se napinju bez obzira na to.

„I sad ova doktorka Sulejman, jel dobijaš, jel te napinje, jel ti se kaki, jel ti se kaki? Poslednjih sat vremena me je pitala jel ti se kaki, a ja znam da kad to pita da li mi se spustilo i da je napon, da počinje da me napinje. Ja ono da joj kažem kaki mi se, a ništa ne osećam u suštini. Pa ne kaki mi se. A ovamo hoću da kažem ma kaki mi se samo me porađaj ženo više. Nemam pojma. Nisam osećala ništa, ništa. Bukvalno na suvo je bilo.“ (Anđela)

„Oni kažu, 'napni kad osetiš da ti krene, napni!', a ja nju ne osećam da kreće, znaš. 'Napni se kao kad osećaš da hoćeš da kakiš!' Ja to uopšte nisam osećala.“ (Sofija)

„I rekle su 'kad osetiš napone, ti guraj'. E sad ja gledam po onim američkim filmovima razumeš da oni kažu 'ajmo, tri, četiri, sad! Guraj!'. I oni guraju. I ovaj, ja međutim ništa tu ne osećam. I guram ko budala. Nikuda.“ (Sonja)

„I onda mi kažu, „Saška, napinji se!“ Ali ja kažem 'ja ne osećam napone'. E moram da ti kažem, ja ceo svoj porođaj nisam osetila napone. Ja ni jedan napon nisam osetila, majke mi ja sam se napinjala na prazno, jer su mi oni rekli 'ajde se napni'. Ja kažem, 'ne osećam napone', oni kažu, 'pa kako ne osećaš napon?'. Ja kažem 'ja stvarno doktore ne osećam'. Veruj mi da sam na kraju slagala. I na kraju, zato što stvarno oni me stalno pitaju i teraju me i ja kao da sam budala, ja sam mu na kraju rekla, 'osećam, osećam', a majke mi nisam ništa osetila.“ (Saška)

Žene koje su podstaknute da guraju, a ne osećaju nikakvu spontanu telesnu potrebu da se napinju i ne mogu da se osloni na svoje otelovljeno iskustvo, to opisuju kao da se

¹¹⁸ Na pripremama za porođaja babica upućuje trudne žene da obavezno pozovu doktora i babicu ukoliko nisu u sali čim osećaju napone.

¹¹⁹ U ovom istraživanju ispostavilo se da sve sagovornice koje su imale izuzetno burnu reakciju na indukciju (što je možda posledica toga što su dobile izuzetno jaku indukciju, tj. dozirana im je veća količina hormona, ali to je bilo nemoguće utvrditi) jesu imale i problem sa naponima u završnoj fazi porođaja.

napinju „na suvo“ ili „na prazno“. One ni najmanje nemaju doživljaj agensnosti kakav imaju žene kada guraju zajedno sa spontanom tendencijom tela. Kada žena oseća napone, pravi problem joj zapravo predstavlja uzdržavanje od napinjanja, koje medicinsko osoblje ponekad zahteva kada se beba već spustila, a grlić nije potpuno otvoren.

„Pa bol u preponama od tog pritiska, 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)

Bez namere da ovde ulazim u detalje fiziološkog mehanizma porođaja, ipak bih htela da iznesem hipotezu o tome zbog čega žene nakon davanja indukcije često ne osećaju napone, što je verovatno posledica stvarnog izostanka napona. Verujem da do toga dovodi način na koji se porođaj tretira u našim porodilištima. Porođaj se razume kao mehanički proces, i kao takav, on postaje podložan **parcijalizaciji**. To podrazumeva da se može podeliti na manje procese koji onda mogu biti nezavisno tretirani. Kao što je na početku rečeno, naponi su refleksna reakcija na pritisak bebine glave o dno cervikalnog zida. Rotacije i kretnje ploda koje omogućavaju njegov ulazak u porođajni kanal i spuštanje niz njega odvijaju se paralelno sa materičnim kontrakcijama koje šire grlić materice. Medicinska praksa u našim porodilištima fazu dilatacije, otvaranja grlića materice, tretira sasvim odvojeno od faze napona. Pošto se hormonima utiče na pojačanje i ubrzanje kontrakcija, i time (ponekad i drastično) skraćuje fazu dilatacije, plod bukvalno nema dovoljno vremena da stigne do cervikalnog zida i izazove napone. Dakle, dolazi do disharmonije u mehanizmu porođaja. Pošto je plod već ostao bez plodove vode (svim ženama je po pravilu odmah na početku prekinut vodenjak), a grlić je potpuno otvoren, medicinsko osoblje podstiče ženu da se napinje bez obzira na to što ne oseća spontanu telesnu reakciju.

„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 pitali su 'Saška jel osećaš napone, kao da ti se kaki?' I ja sam rekla: 'Ne, ništa ne osećam'. I onda je on rekao 'pa ajde, napni se!', a kako da se napnem kad ništa ne osećam. A boli sve, ubija, ne znaš više gde se nalaziš. ... I onda mi viču 'Saška, napinji se!'. Ali ja ne osećam napone. I ja krenula ono napinjem se, napinjem se... 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 Biljana bila potpuno obamrla i znam da su oni vikali 'napni se, napni se!', ja sam rekla 'ma nemam napone'. 'Ma nema veze. 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 zahtev, sasvim u kontinuitetu sa svim ostalim što su joj radili na porođaju – ona je tokom čitavog procesa izložena nizu nasilnih praksi koje se izvode bez ikakvog obzira prema tome kako se ona oseća i šta joj prija. 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.

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

*A: Ne, ja sam i gledala. Ništa ti ne vidiš to oko sebe. 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. Sledeća 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.

*„A: I sad meni doktor dolazi i kaže on meni kao 'Anđela, sad samo slušaj babicu, ona je s desne strane, sad samo slušaj šta ti ona kaže, to radi.' Ja kao 'aha dobro'. **Pri tom ja opet nju ne vidim, ništa ne vidim.***

B: Kako to misliš ne vidiš?

*A: Pa nema ih. Kao da sam u nesvesti. I ja sad očekujem te napone da budu, a pri tom si mnogo preplašen, ja sam toliko preplašena, u smislu preplašena od bolova. Preplašena od bolova u smislu plašim se od bolova što znam koliko će da boli kad naiđe sledeća kontrakcija. Ja iako je to bilo prestalo u tom trenutku, ja sve očekujem sad će to da naiđe i ja sva u grču. 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, **ne znam 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)*

Lekari Anđelu teraju da se napinje, a u potpunoj je disharmoniji sa svojim telom. Ona čak i ne shvata da su kontrakcije prošle i u strahu očekuje sledeći nalet bola. Ona ne oseća napone, pritom su joj isključili indukciju i prestale su kontrakcije, što je jedino što ju je držalo budnom uprkos dejstvu sedativa. Zato 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 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 mrlja '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 jaoj sad će da bude na carski i on kad je rekao forceps, pripremaj forceps, **pri tom ja nemam snage da se plašim, totalna obamrlost.** (...) I on krene. I sad opet ja ništa ne vidim dole i uglavnom krenem da osetim kao da mi izvlači. (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 od kada ona kroči u porodilište. Anđelino iskustvo je paradigmatičan slučaj porođaja u kome je žena krajnje pasivizirana i u kom se lekar pojavljuje kao jedini akter. Intervencije koje su neophodne kako bi se porođaj dovršio su prirodna posledica ovakve raspodele aktivnosti i odgovornosti. Oslanjanje na „instrumentalno dovršenje“, kako se u medicinskim udžbenicima referira na izvlačenje bebe forcepsom ili vakum-ekstraktorom, samo je jedan od načina na koji se ispoljava aktivna uloga lekara. Znatno češće je oslanjanje na jednostavniju praksu pritiskanja stomaka kako bi se fizičkom silom pomoglo izbacivanje bebe, što je za ženu izuzetno bolno iskustvo, a nosi i potencijalne rizike za njeno zdravlje¹²⁰.

„Ja uopšte nisam umela da se napnem. Ona je mene pritiskala jer je beba bila mnogo visoko, oni su nju gurali, znaš... Meni je ta doktorka, ta mlađa gurala. Ona ovako, bukvalno ovako ti se nalakti. I rukama i laktom gura.“ (Sofija)

„I sad nisam se u početku napinjala kako treba i onda je došao doktor da mi nalegne na stomak. To je ono što nisam želela da mi se desi, ali eto desilo se. I to je katastrofa. Znači to je bolno da... Pa on ti se svom težinom, on ti koliko god da je veliki muškarac, pa ti se uzme, pa ti, oni to uzmu ovako, ovim podlakticama on ti dođe i bukvalno ti se na ovaj deo i ide, izgurava ti, pomaže ti sad. To bre čoveče kad ti se navali na rebra, na stomak, to boli, mislim baš boli. E tad sam vrisnula. Znači to je u trenutku kad sam ja vrisnula iako sam se sve vreme savršeno kontrolisala.“ (Teodora)

Iako je Nevena imala prilično drugačije iskustvo porođaja od upravo razmatranih (kao što ćemo uskoro videti prilikom razmatranja porođaja koji se odvijaju pod epiduralnom analgezijom), ona je posmatrala ženu koja se porođala u krevetu pored i imala je posredno iskustvo nasilnog završetka porođaja tokom kojeg ženi vežu noge, pritiskaju joj stomak, na nju viču i prete joj da 'će ugušiti bebu'.

¹²⁰ U stručnim tekstovima se na ovu praksu referira kao na Kristelerov zahvat: „Ukoliko porodilja ne saraduje dobro i ne napinje se dovoljno, asistent ili babica pritiskaju fundus uterusa, za vreme kontrakcije, šakom ili kompresom sa dve ruke (Kristelerov hvat)“ (Ristić, 2001: 134). Sama praksa je kontroverzna i, prema izveštaju Svetske zdravstvene organizacije, njena efikasnost nije potvrđena dosadašnjim istraživanjima (http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/cd0006067/en/index.html, pristupljeno 23. 10. 2014.). Čak i neki naši autori upozoravaju da se kao posledica agresivnog vođenja drugog doba porođaja javlja ruptura materice, pogotovo pri zahvatu po Kristeleru (Mladenović et al., 2008).

„N: I fora je što sam ja odgledala kompletan porođaj te žene pored pre nego što sam se porodila. Vidi se lepo sve. I onda su došli, kao devet prstiju je otvorena, i ja kao devet aha tu se sad porađa i dolazi doktor i dolaze babice i sad su svi naravno oko nje. I onda su oni tu došli i onda je sve tu krenulo oko toga i onda ajde napni, ajde sve te priče. Da, i onda su, to mi je recimo izgledalo užas, doktor je ovako otišao na stomak i gura i meni je to, onako gura joj stomak i pri tom ona arlauče i ono meni aaaaa! (...) I to mi izgledalo kao najstrašnije i onda sve guraj i napni. I da isto mi je bio momenat da joj u stvari stavljaju noge gore na one pedale, kako ih ja zovem, i ona ima toliko trzaje jake od bolova da oni njoj vežu noge, što mi isto bilo iznenađenje, jer ja nisam znala da te neko veže.

B: Kako su izgledale te instrukcije koje su joj davali?

N: Pa diši sad, prestani, ništa ne radi, napni, guraj! Da, da, da, isto ona je bila u fazonu 'ne mogu, ne mogu!' i onda su krenuli bogami da viču na nju. Što je isto meni u momentu mi delovalo nehumano. 'Šta bre ne možeš, hoćeš da ti se beba uguši, jel to hoćeš, da ti se zaglavi, ajde, mora da možeš!' I onda je kao 'nemoj tu, šta sad ne možeš, guraj, napni se'. I meni je to delovalo prilično surovo i ja.. Ali nekako mi je delovalo i da su i ti doktori nekako u fazonu našteticeš bebi, odugovlačiš. Nisam imala utisak to samo ono psihološki da je nateraju, njihove reakcije su mi bile ono stvarno i beba je sad u tom procepu i moramo da je izbacimo.“ (Nevena)

Deluje mi da je Nevenin utisak sa kraja ovog citata sasvim ispravan. Na neki način su i sami lekari, ako ne žrtve, onda bar *nereflektovani* akteri čitave situacije. Na osnovu njihovog ponašanja na kraju porođaja (što je dostupno iz intervjuja 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 brinu se za dobrobit bebe koja se nalazi u porođajnom kanalu. Čak su i veoma 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)

Dakle, 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. Tako, kao i nebrojeno puta tokom istorije, od žene koja, kako Adrijen Rič kaže, „nema poslednju reč o tome kako će njeno telo biti korišćeno“ (Rich, 1986: 30), očekuje se da kroz patnju i požrtvovanost potvrdi samu suštinu svog identiteta, to da je sposobna i spremna da bude *majka*. U protivnom, ona je „sebična i razmažena“. Ova infantilizacija žena koje se porođaju, a za koje se proceni da „se ne trude dovoljno“ ili da „nisu spremne da istrpe dovoljno“, uobičajena je reakcija, bez ikakve spremnosti da se preispitaju opresivni i otuđujući okviri porođajnog okruženja. Dodatni problem leži u tome što situaciju u koju su dovedene često ne shvataju ni same žene.

„Pa sam i zbog toga ja osećala zahvalnosti 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 izazvao, 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 omogućava lekarima da preuzimu poziciju glavnih (ili jedinih) aktera na porođaju koji, kao posledica toga, za žene postaje otuđen.

* * *

Pre nego što pređemo na komentarisanje dva moguća modela alternativnih porođajnih iskustava, na kratko ćemo se posvetiti medicinskoj praksi koja, iako nije blisko povezana sa prethodnom analizom, jeste indikativna za način na koji su žene i njihova tela

tretirana u lokalnim medicinskim institucijama. U tom smislu naredni odeljak adekvatno se nadovezuje na prethodnu analizu medicinskog tretmana žena u našim porodilištima i tematski – jer predstavlja još jedan primer represivne, ugrožavajuće i suštinski neutemeljene prakse, i hronološki – jer je povezan sa samim krajem porođaja, mada značajno određuje i to kako će žene sebe i svoje telo doživljavati i kako će praktično funkcionisati u periodu neposredno *nakon* njega.

Epiziotomija: hirurška „zaštita“ međice i postporođajno telo

„The information I received from women led me to conclude that episiotomy was our western way of female genital mutilation.“ (Kitzinger, 2006: 134)

„U savremenom akušerstvu epiziotomija se primenjuje sa različitom učestalošću, u zavisnosti od škole. Po našem tradicionalnom učenju, koje se često naziva i Beogradskom školom akušerstva, epiziotomija je prilično zastupljena kao način zaštite međice. Kod prvorotki, na primer, ona se radi u oko 90% slučajeva.“ (Stanojević, 2005: 585)

Epiziotomija je akušerska operacija koja podrazumeva presecanje međice radi proširenja porođajnog kanala i vrši se u toku napona, pri kraju drugog porođajnog doba. Najčešće se u medicinskim udžbenicima obrađuje u poglavlju o zaštiti međice. Dakle, međica se štiti tako što se seče. Opravdanje koje se za to daje jeste da se ovim postupkom sprečava pojava spontanih rascepa vagine i njega su sa ovim opravdanjem akušeri povremeno primenjivali još od početka 18. veka (Spencer, 1927). Ova kontroverzna hirurška intervencija je postala uobičajena posle pedesetih godina prošlog veka kada je izvođena samo u oko 15% porođaja, da bi do sredine osamdesetih epiziotomija vršena na preko 50% žena u SAD-u (O'Dowd & Phillip, 1994). Iako je i dalje relativno česta akušerska procedura, njena zastupljenost je značajno opala tokom poslednjih decenija (tokom sedamdesetih vršena je na skoro svim prvorotkama u SAD-u što je predstavljalo oko 70% svih porodilja, a taj procenat je pao na 40% do 1997. godine, a zatim na samo 18% do 2003. godine; prema Cunningham et al., 2010: 401).

Postoje medicinske indikacije za vršenje epiziotomije, poput karlične prezentacije ploda, defleksionih stavova ploda, višeplođnih trudnoća, korišćenja instrumenata na kraju porođaja (ekstrakcija vakumom ili forcepsom) i sl., ali se ovim indikacijama, u svim *domaćim* medicinskim udžbenicima, pridodaje to da je žena prvorođakinja tj. to da se žena prvi put porođaja uzima se kao razlog za obavljanje epiziotomije. Tako se epiziotomija preporučuje kao rutinski zahvat kod svih prvorođakinja i navodi se da je njena učestalost u praksi oko 90% (Plećaš et al., 2005; Mladenović et al., 2008; Milošević et al., 1988; Ristić, 2001). Ovo je potvrđeno i u intervjuima sa ženama – samo jednoj ispitanici nisu radili epiziotomiju (Teodori) i ona je zbog toga bila veoma iznenađena, jer je, kao i sve druge žene sa kojima sam tokom istraživanja razgovarala, čula da „se to radi svim prvorođakinjama“.

Epiziotomija je najčešća hirurška intervencija na svetu i izvodi se na milionima žena svake godine. Ipak, postoje ogromne kulturne razlike u njenoj učestalosti – u nekim zapadnim zemljama procenat žena ne prelazi 10 ili 20 procenata, dok je u Japanu i zemljama Centralne i Istočne Evrope blizu 100 (Graham, 1997: 116-117). U okviru projekta Ministarstva zdravlja Republike Srbije rađenog u saradnji sa Svetskom zdravstvenom organizacijom („Jačanje kapaciteta za unapređenje zdravlja majki i novorođenčadi u Jugoistočnoj Evropi“) objavljeni su vodiči za dobru praksu staranja o ženama i bebama tokom trudnoće i porođaja zasnovani na medicinskim dokazima. Među preporukama za odgovorno vođenje porođaja zasnovano na naučnim dokazima za epiziotomiju se navodi sledeće:

„Epiziotomija se više ne preporučuje kao rutinska procedura. Nije dokazano da rutinska epiziotomija smanjuje perinealno oštećenje, kasniji vaginalni prolaps ili nekontrolisano mokrenje. U stvari, rutinska epiziotomija se vezuje za veći broj rascepa trećeg i četvrtog stepena i naknadne disfunkcije mišića sfinktera.“ (Fiziološki porođaj, 2009: 23)

Postoje mnogobrojne naučne studije koje potvrđuju nalaze iznete u citatu iznad (prema Cunningham et al., 2010; Myers-Helfgott & Helfgott, 1999). Tako i referentni akušerski udžbenik kakav je *Williams Obstetrics*, koji inače zastupa relativno konzervativne stavove u akušerstvu, promovira individualizovan pristup vršenju epiziotomije, tj. odbacuje opravdanost njene rutinske primene (Cunningham et al., 2010: 395, 401) i navodi da je ovo zvaničan stav i Američkog udruženja akušera i ginekologa od 2006. godine (dakle, nešto

više od tri decenije od kada su feminističke grupe digle glas protiv ove prakse, prema O'Dowd & Phillip, 1994).

Pitanje je kada će ova preporuka pronaći put u medicinske udžbenike iz kojih budući akušeri uče u Srbiji, kao i kada će zaživeti u lokalnoj zdravstvenoj praksi. Doktor Stanojević, dugogodišnji načelnik jednog od najvećih porodilišta u Srbiji, u citatu kojim počinje ovaj odeljak povezuje izrazito visoke procenete vršenja epiziotomije kod nas sa osobenošću akušerske škole. S obzirom na to da nema dovoljno medicinskih opravdanja za izvođenje ove intervencije (ona je čak kontraindikovana u najvećem broju slučajeva), možda treba potražiti alternativno objašnjenje za opstajanje ove prakse koje se tiče njenih ideoloških korena tj. povezanosti sa patrijarhalnim kulturnim obrascem:

"Ožiljak koji osećam je nastao tako što je meso preklopljeno preko mesa. Vagina je pritegnuta. To se zove 'mužev čvor'. Lekari često malo pritegnu otvor vagine da bi muškarac kasnije više uživao u seksu. Vagina je lepša za muškarca." (Gudović, 2013: 252)

Dakle, epiziotomija nema prosto preventivnu (sprečava spontane rascepe međice i menja ih hirurškim rezom), već, u nekom smislu, terapeutsku ulogu – otklanja posledice porođaja i ženskom polnom organu daje oblik i veličinu koji je imao kod žene koja nikada nije rađala. Slično objašnjenje sam dobila i u razgovoru sa jednim od akušera:

"...prolaskom tako velike glave raširi se dno male karlice, kao svako vezivno tkivo, raširi se i ne vrati se više nikad kako je bilo. I tu više nema one elastičnosti, ne vrati se nikada. A kad se napravi ta epiziotomija, mi je ušivamo i kad je dobro ušivena, tad ni ja ne mogu da vidim da l' je šivena (smeh)." (iz intervju sa lekarom)

Žene očekuju da će ih „seći“, jer znaju da je to rutinski postupak na kraju porođaja sa prvim detetom i znaju da se to dešava svim ženama. One zbog toga po pravilu veruju da tako raširena praksa mora da ima validno opravdanje: „I secnuli su me, što je i normalno...“ (Sofija); „...pa da, kao i svaka prvoročka, moraju da secnu“ (Jasna); „I ja sam pitala 'doktore koliko ste Vi mene sekli?', on mi je rekao 'kao i svaku ženu' i to me onda umirilo“ (Saška). Dakle, praksa koja je poznata, ima dugu tradiciju i obavlja se u skoro svim slučajevima na prvom porođaju, postala je praksa koja se više ne preispituje. Iako su njeni potencijalni ideološki koreni time ostali skriveni, postoje indikacije da nije uvek bilo tako:

„Ne znam, meni je keva rekla, ona je išla na pripreme '79-e. ... I kako im je ta babica rekla da se nikako ne brane od tog sečenja i da je dobro da se iseče. Jer kad se iseče on te posle ušije na staru meru. I da je bitno zbog tog seksualnog doživljaja kasnije. A kad se ono razdvoji, to se nikad ne vrati kao što je bilo ranije.“ (Sonja)

Sledeći citat pokazuje ne samo koliko se epiziotomija podrazumeva tj. koliko se ne procenjuje njena opravdanost u individualnom slučaju, već i kakva je potencijalno njena uloga u raspodeli moći i nadležnosti u samoj medicinskoj instituciji tj. među lekarima i babicama.

„I prolazi neka dežurna lekarka i kao nešto kaže 'ma tu se ništa ne dešava'. A babica, ta babica tamo je bila fina jako, i nekako je kompe... deluje ti kao da zna šta radi. Ona radi po nekom principu koji meni nije blizak, ali ona zna šta radi, ona je onako jasno, direktivno, dobronamerno, sad ćemo ovako, mi sad nećemo da sečemo, probaćemo ovo. I tako kao. Mislim ok je nekako. I onda je ona rekla 'pa Vi ste toliko otvoreni da stvarno ne mora da se seče.' I onda je prošla lekarka i to mi je odvratno, mislim taj momenat mi je stvarno odvratno u porodilištu. Onda je prošla neka lekarka i doslovno, bez karikiranja, hm gleda, i ono prolazi i kaže 'seci'. A ova babica joj kaže 'pa kao ne mora'... i ova sad sama uzima makaze i seče. Mislim to ništa ne boli, ali ja sam se tako užasno osetila tada, da mi nije bila vezana noga, ja mislim da bih je šutnula. Posvetila mi se ono dva minuta i rekla seci. Ova babica je rekla kao 'ali ne'. I samo je sama uzela makaze i isekla. Što je stvarno bezveze bilo, mislim stvarno je bezveze bilo, jer sam ja, to je bio sam kraj porođaja i mogli su da me puste još malo, na svu sreću nije bilo gužve. Ne znam.“ (Una)

Iako se podrazumeva da babice znaju i da izvrše epiziotomiju i da ušiju ranu, makar u našim bolnicama to spada u isključivu nadležnost lekara. Babica je zadužena za ono što je u medicinskim knjigama nazvano konzervativna zaštita međice (za razliku od hirurške zaštite što je epiziotomija) koja se vrši prihvatanjem glavice ploda i pridržavanjem međice kako se ne bi pocepala. Ipak, ovoj verovatno veoma staroj, potpuno netehnologizovanoj (ne učestvuju instrumenti) i svakako manje invazivnoj praksi u poglavljima o zaštiti međice posvećeno je tek jedan ili najviše nekoliko pasusa (Stanojević, 2005; Ristić, 2001; Mladenović et al., 2008). Dakle, ona nije neki relevantan objekat akušerskog interesovanja i svakako se smatra manje važnom od hirurške intervencije i ne spada u delokrug rada lekara. Čak i kada prepuštaju sam mehanički postupak babici, iz Uninog slučaja je jasno da je odluka o epiziotomiji isključiva nadležnost lekara. Pritom, lekar ne mora ni na koji način

da opravdava svoju odluku i da navodi razloge zašto je epiziotomija potrebna. Ona je po difoltu potrebna, jer tako piše u udžbenicima iz kojih se uči na fakultetu, jer tako rade njihovi mentori i starije kolege i to makar tokom prethodnih decenija (Davis-Floyd, 1987).

Kakve posledice po ženu i njeno funkcionisanje ostavlja ova raširena medicinska praksa koja je, kao što smo videli, u mnogim zemljama napuštena kao rutinska intervencije zbog svoje naučne nezasnovanosti i štetnih ishoda?

„Jako puno su me isekli i posle porođaja trebalo mi je sigurno petnaestak dana da počnem normalno da sedim. Ali baš je teško na tu stranu na kojoj su me isekli, ne možeš ni da sedneš, ni kada spavaš ne možeš na toj strani da spavaš, pa onda sve spavaš na jednoj strani pa ti je nezgodno, prosto ne možeš ni da se okreneš. Ništa ne možeš.“ (Maja)

„Jer rana, ajde prvi dan i nekako prođe, ali drugi dan kad se malo ohladi sve i drugi dan je najgori i nekako najviše me bolelo. I onda svaki potez nogom baš je onako napor. Svako ustajanje želiš da odložiš što duže moguće i ono kad ti se ide u wc... Najgore je znači ustajanje i vraćanje u krevet. Kad se vraćaš treba da digneš noge. I to opet zahteva vreme i pomaganje rukama što je opet nekako bolno, znači sve je... Nisam znala da se toliki mišići kašljanjem, kivanjem pokreću, tako da je to strašno.“ (Nevena)

„Mene je rana užasno bolela... Mene je rana krenula užasno da boli. A baš me boli. Ja i kad sam došla kući, nisam mogla da sedim. Pa dugo mi je trajalo, ne znam koliko dana kad sam se vratila, bilo mi je baš teško.“ (Jasna)

„Ujutru kad sam ustala mnogo me je bolela rana. Ne rana, nego te toliko zatežu ti konci, ne možeš da se, ja sam imala osećaj da mi je rana ogromna. Ogromna, mada to nije toliko ali... Sve te to toliko steže, ne možeš da koračaš uopšte. Znaš kako sam ja hodala, moja soba je bila poslednja na spratu a to gde ideš da te ispiraju je na drugom kraju hodnika. Ja sam po petnaest minuta prelazila taj hodnik. Znaš kako sam ja hodala... Meni je stvarno teška rana bila. Ja sam sela tek dvanaesti dan.“ (Saška)

„Dve nedelje je stvarno bilo katastrofa, ja nisam mogla ni da sednem... I to mi je baš bilo preteško, jer ja nisam mogla ni da ustanem sama. Baš ono mi je bilo, ma užas... Mislim ja sam tamo sve vreme pila brufen i ovde kad sam došla prvih nekoliko dana. To je bilo nesnosno. I ovo je nezgodno što ne možeš ni da sedneš. Znaš ja ne mogu, njoj je potrebno da je držim. Kapiraš mogu da je dojim samo ležeći, mislim sve je to baš nezgodno. A ja ne mogu da je držim, ja ne mogu da sedim, a ako ustanem ne mogu da hodam. To mi je baš bilo katastrofa. ... A stvarno deluje kao večnost, kao da nikad više nećeš sedeti. Znaš kako deluje, grozno. Ali te dve nedelje, pa to kao pet meseci.“ (Sofija)

Postoji ogromna sličnost među iskustvima žena i ovoliki broj citata je naveden da bi se ilustrovalo koliko je ova situacija tipična. Nešto što deluje kao skoro usputna i beznačajna intervencija, na kraju porođaja značajno određuje kako će se žene osećati tokom prvog perioda nakon porođaja i koja ponašanja će im biti dostupna. One doživljavaju svoje telo kao posle operacije – osećaju jake bolove, teško im je da napuste krevet, da hodaju, da stoje ili čak da stave svoje telo u brojne položaje koji su im uobičajeno dostupni. To znači da je žena zbog rane koja je posledica epiziotomije teško pokretna, da joj i najsvakodnevnije aktivnost kao što je odlazak do toaleta ili tuširanje predstavljaju veliki napor ili su joj sasvim nedostupne (pa im se stavlja kateter npr.) i da, kao posledica toga, ona postaje nesamostalna i zavisna od tuđe pomoći, koju pritom u našim porodilištima zbog manjka osoblja i/ili njihove nezainteresovanost često ne može da dobije. Situaciju dodatno komplikuje činjenica da treba da se stara o bebi, da je presvlači, drži u rukama ukoliko plače i da je hrani. Ove prakse su često dovoljno teške i predstavljaju izvor frustracije za majke koje su rodile prvo dete. Sve ove prakse su samo dodatno otežane ili onemogućene zbog toga što se žene nalaze u takvom telesnom stanju posle porođaja. To im često izaziva osećaj nemoći i nekompetentnosti, loše uslove u porodilištu i nedostatak pažnje i brige doživljavaju na mnogo intenzivniji način, i čini da su im prvi dani sa bebom obeleženi negativnim emocijama i nemogućnošću da budu agenti.

*„I užasno, znaš šta je mene užasno nerviralo u tom porodilištu i malo mi je traumatično iskustvo i strašno sam besna i dan danas zbog toga. Što te tretiraju i mislim i **naprave te invalidom**. A **ja sam ušetala u to prodilište**, mislim kucala, 'dobro veče, ja se porađam, treba mi pomoć u vezi sa tim'. Mislim bukvalno sam, tako sam legla i ostalo. Kad se završio porođaj, ja sam bila u takvom stanju da nisam mogla da se pomerim sa kreveta, zato što mi je ta rana bila ovakva (pokazuje rukama). I uopšte to odeljenje porodilja izgleda kao zombi, mislim te žene hodaju tako što se drže uza zid.“ (Una)*

* * *

Poslednje poglavlje vezano za analizu porođajnih narativa biće posvećeno alternativnim porođajnim iskustvima. Nazvala sam ih alternativnim, jer verujem da je prethodno opisano iskustvo otuđenog porođaja norma u našim institucionalnim okolnostima, čak i kad nema dramatične oblike kao u narativima koji su analizirani iznad.

Dakle, naredna dva odeljka treba da ukažu na mogućnosti za drugačije ishode po subjektivnost žene koje se, makar u izvesnoj meri, nalaze i u trenutnoj lokalnoj konstelaciji porođaja, i pored svih njenih nesavršenosti i nedostataka.

Obezboljivanje u savremenom medicinskom kontekstu: uticaj epidurala

„Kako bih reko’, radi vaših greha kad ste nastale, bog vas je prokleo da se porođate u bolu, ali smo mi muškarci... mislim nije muškarci nego nauka je omogućila da se to malo umanji, odnosno da se značajno obezboli.“ (iz intervjua sa lekarom)

„I hear a terrible low moaning; threatening guttural sounds that run for an agonizingly long time before a short cessation, as if a breath has been drawn. As the epidural floods into my spine, a moment of insight – those noises are me.“ (Maher, 2007: 1)

Obezboljivanje porođaja je tema koja se u vezi sa porođajem provlači već vekovima. S obzirom na neka od iskustava razmatrana u odeljku o kontrakcijama, mogli bismo da kažemo da to nije bez razloga, jer bol na porođaju može da bude izrazito destabilizujuće i preplavljujuće iskustvo za ženu kao subjekta. Pozicije u debati oko umanjenja porođajnog bola u različitim istorijskim trenucima reflektovale su aktuelno razumevanje žene i njenog reprduktivnog tela i razmatranju ove kompleksne teme bila je posvećena pažnja u drugom poglavlju. Anestetička sredstva menjala su se kroz istoriju, a najnoviji oblik medikamentnog obezboljivanja omogućava ženama da svesne prođu kroz proces porođaja, što sa ranijim anestezijama nije bio slučaj. Ta činjenica sa sobom nosi neke nove mogućnosti koje će u ovom odeljku biti ispitane.

Odluka o epiduralu kod svih sagovornica predstavljala je neizostavan deo predomišljanja i preispitivanja tokom poslednjih meseci trudnoće. U tim dilemama i razmišljanjima epidural se pojavljivao kao istinski situirana tehnologija. Odlučivanje o epiduralu kod naših žena nije vezano samo za rizike i prednosti same tehnike – na primer strah od invazivne intervencije koja podrazumeva ubacivanje cevčice u kičmeni stub, neizvesnost u pogledu toga da organizam neće odreagovati na anesteziju ili će odreagovati

neadekvatno i sl. – već i za razne situacione okolnosti i institucionalne specifičnosti. Na primer, u nekim porodilištima epidural se zakazuje unapred i naplaćuje se, a u nekima ne. Takođe, tu je i pitanje dostupnosti anesteziologa¹²¹, dovoljne stručnosti anesteziologa, toga da li će epidural uopšte dobiti na vreme jer medicinsko osoblje ne dolazi redovno da ih pregleda, kako bi moglo da obavesti anesteziologa na vreme (epidural se priključuje kada dilatacija iznosi oko četiri centimetra) i sl. Ovo su sve okolnosti koje čine institucionalnu mrežu koja određuje na koji način će se određena tehnologija pojavljivati za ženu. Situiranost tehnologije je ono što je često u osnovi ambivalentnog stava prema njoj. Epidural je nešto što ima potencijal da umanja neizvesnost pred porođaj, i to pre svega neizvesnost u pogledu intenziteta bola i sopstvenih kapaciteta da se taj bol podnese.

„Plašim se bola mnogo. I najviše bih volela kad bih mogla taj bol da osetim na jedan minut, samo da vidim dal mogu da izdržim ili ne mogu. I onda bih rekla e ne mogu daj mi epidural ili mogu trpeću. Znači najviše me brine što ja ne znam koliki je to intenzitet bola. To me najviše brine.“ (Saška)

Ipak, zbog spomenutih situacionih neizvesnosti koje anestezija sa sobom nosi, kao i zbog strahovanja u pogledu nekih potencijalnih štetnih posledica po bebu, epidural se često ujedno pojavljuje samo kao dodatni izvor neizvesnosti i na osnovu toga se odbacuje.

„Pa epidural sam htela na početku ali sad odustajem od toga. Zato što ne mogu da mislim na još jednu muku. Znaš ono, em treba da mislim na bolove, disanje, ovo, ono, čuda. I još treba da mislim jaoj kakav je anesteziolog, jaoj gde mi to daju, da li je rizik. Znači imam osećaj da je taj epidural samo još jedan element koji me zbunjuje.“ (Saška)

„Drugo to se daje u kičmu. To je... Meni je to, mislim sama činjenica, ne znam... anesteziolozi, treba da budem sigurna u anesteziologa kakav je, koliko je on stručan. A pogotovo što sam čula neke priče da su naši anesteziolozi je mahom, je malo njih obučeno za taj epidural kako treba.“ (Teodora)

„Verovatno bih zato i iskulirala i epidural. Znaš pored svih tih stvari još treba da razmišljam kakav je anesteziolog, ne mogu ono.“ (Sofija)

Dakle, epidural se ne pojavljuje isključivo kao medicinska tehnika čije prednosti i

¹²¹ U toku terenskog istraživanja nailazila sam na slučajeve žena koje su lekari aktivno obeshrabrivali u pogledu uzimanja epidurala, baš tako što su ih upozoravali da postoje velike šanse da im anesteziolog ne bude na raspolaganju u trenutku kada je potrebno dati epidural na porođaju. Tada ili neće imati ko da im administrira epidural (koji će u nekim porodilištima prethodno platiti) ili će morati posebno da plaćaju dolazak anesteziologa (što je usluga koja košta i po nekoliko stotina evra). To je poseban problem u manjim porodilištima gde ima malo anesteziologa, jer su epidurali poslednji na listi prioriteta.

mane, rizike i dobitke, možemo da uzmemo u obzir, već kao primenjena tehnika u konkretnim okolnostima. Ipak, procena potencijalnih rizika za bebu, što je pitanje koje se može sasvim uopšteno postaviti, svakako je veoma značajna odrednica prilikom odlučivanja o epiduralu, čak i kod onih sagovornica koje imaju generalno pozitivan stav prema tehnologiji i ne pripisuju porođajnom bolu bilo kakvu vrednost.

„Ja sam bila u fazonu, pre trudnoće, uvek sam mislila ja ću kad se budem porađala epidural. Neću da razmišljam, pa što bih ja trpela bol. Međutim kad ostaneš trudan i kad počneš da slušaš različita iskustva i različita mišljenja i kad shvatiš da nekako, ima ljudi koji su protiv tog epidurala i svi kao znaš to je još neistraženo, još je to posledice toga nisu potpuno jasne. A nekako želiš da sve bude kako treba i razmišljaš sve vreme samo da beba bude dobro, da se ona ne muči. (...) I onda razmišljam lakše je meni da istrpim taj bol i mučenje, nego tom malom stvorenju koje treba da se rodi. I potpuno promeniš mišljenje. Ja sam ono od kako sam trudna pa druga polovina kako se približava porođaj, počneš da razmišljaš kako ćeš da se porodiš i sve to, onako odlučila da to bude bez epidurala.“ (Maja)

Kada se staranje o bebi pojavi kao prioritet, to komplikuje ženinu odluku o umanjenju bola na porođaju, posebno s obzirom na upoznatost sa različitim mišljenjima i iskustvima tj. različitim procenama rizika. Uverenje o tome da je anestezija ipak nešto što u krajnjem slučaju štetno utiče na bebu podržano je činjenicom da se tokom trudnoće trudnim ženama stalno šalju poruke o štetnosti bilo kakvih lekova, i one se generalno uzdržavaju od njihovog uzimanja. Dakle, tokom skoro devet meseci žena je navikla na to da svoje potrebe podređuje bebinoj dobrobiti i odluka da na porođaju zatraži medikamente za nju se pojavljuje kao nekonzistentna.

„U principu što manje lekova. Ne daju mi da pijem lekove, ne daju mi da popijem diklofenak za glavu u toku trudnoće, sad odjedanput mogu da dam sebi anesteziju pred porođaj. Mislim dobro jeste da to je samo taj trenutak ali nekako ono, lek je lek.“ (Teodora)

Postoji i jedan veoma zanimljiv razlog koji žene koje odluče da ne uzmu epidural navode i on se tiče njihove želje da osete „kako je to, kakav je osećaj“ porađati se (Teodora), bez obzira na negativni aspekt iskustva povezan sa bolom.

„Ali gledaj to sa ove strane, pazi možda se prvi sad put porađam i jedini put. I zamisli da ti neko oduzme taj osećaj, to jeste verovatno bolno ali... Ali zamisli ti donosiš na svet jedno dete. To je za mene jedan čin koji je neverovatan čoveče i ti to tako lako predaješ. Nećeš da ga osetiš. Pa ono rastaviću se i

ponovo ću se sastaviti i ništa. Ma neću da mi uzme neko taj čin i gotovo. To je nešto što svaka žena treba da oseti. Mi smo mnogo meki i za sve nam treba anestezija i kafetin i jaoj sve mi fali. E to me negde nervira. Daj malo, čoveče, izdrži nešto.“ (Mirjana)

„Hoću da osetim kakav je trip. Možda ću imati samo jedno dete i hoću da znam kakav je osećaj. Je li privilegija da se porodiš ili nije? Ne znam šta je strašno. I da meni onako nekako zaokruži priču s trudnoćom. Baš mi je kao integrisano sve ostalo.“ (Sonja)

Epidural se vidi kao nešto što na neki način oduzima i uskraćuje ženi iskustvo rađanja deteta i neke žene to doživljavaju kao gubitak. Iz navedenih citata jasno je da ove sagovornice vrednuju samo iskustvo porođaja, sa različitim aspektima koje ono sa sobom nosi, i da smatraju da je čin rođenja deteta nešto važno, za šta je vredno podneti i neku žrtvu. O predstavi ženinog tela koja stoji u osnovi rezonovanja o uticaju tehnologije kao nečega što uskraćuje autentično iskustvo biće detaljno reči u završnim razmatranjima.

Samo dve učesnice u istraživanju porađale su se pod dejstvom epidurala, i, iako je to veoma skroman uzorak, analiza njihovih narativa ukazaće nam na neke značajne odrednice anesteziranog iskustva porođaja. Prvi upečatljiv momenat u njihovim narativima predstavlja opis kontrasta koji postoji između intenzivnih bolova koje osećaju pre davanja anestezije i „blaženstva nebolova“ (Nevena) koje osećaju nakon toga.

„Onda su bolovi krenuli i te kontrakcije su kretale da budu sve češće, na pet minuta pa čini mi se i na tri minuta. Sve su češće i sve bolnije. I ti bolovi počeli su da bivaju sve jači i jači i jači. E ja sam ovaj, ova pored mene je već bila pred sam porođaj pa su joj bolovi bili jaki i ona je baš onako ispuštala neke krike bolne, a ja sam se onako držala, mislim postaje sve bolnije i u jednom momentu mi se čini neprestano je. Imaš samo malu pauzicu. (...) I ne znam nešto mi jako bilo bitno da sad ne urlam. Ne znam zašto i to mi je bilo onako kao... I onda pomislim evo ga, jaoj sledeći neću izdržati moraću da arlauknem i onda kao izdržim da ne arlauknem pa popusti. To je znači kretalo da bude sve bolnije i baš taj fazon sam imala, sledeći neću moći da izdržim, tiho i onda ga izdržim. I onda je u tom momentu već došao anesteziolog, taman kad sam mislila da sledeći put neću moći da izdržim tiho.“ (Nevena)

Nevenino iskustvo pre dobijanja anestezije odlikuje intenziviranje bolnih kontrakcija koje postaju sve češće i strah da će izgubiti kontrolu nad sobom i vrisnuti, iako kaže da joj je bilo veoma bitno da ostane tiha i suzdržana. Iskustvo druge sagovornice je

dramatičnije, i ono je već prikazano u odeljku koji se bavio analizom „indukovanih“ kontrakcija. Maja je inače prolazila kroz najduži period predomišljanja u pogledu uzimanja epidurala, čak i od prijema u porodilište pa dok je nisu stavili na porođajni sto ona se predomišljala, raspitivala kod prisutnih žena, i na kraju prelomila da se porađa bez epidurala.

„I ja ono u pola devet su došli po mene da me vode u salu, kako su me stavili na krevet, ja neću epidural definitivno i onda su me prikačili na indukciju. Od tog trenutka ja sam mislila da ću da se raspadnem. (...) A ja... to je katastrofa kojim je to tempom, ja sam mislila da ću umreti. To je trajalo jedno petnaestak, dvadeset minuta otprilike, ne mogu sad baš da procenim i onda u tom trenutku ušao je anesteziolog i mene ovako s vrata pitao, 'jeste li Vi sigurni da nećete anesteziju?' A ja onako, 'jel može sad?' Ja sam bila izbezumljena, znači bukvalno izbezumljena.“ (Maja)

Početak delovanja anestezije, posebno s obzirom na kontrast koji unosi u odnosu na prethodno telesno iskustvo, doživljava se kao veliki prekid i prelazak na sasvim drugačije stanje opuštenosti i smirenosti. Činjenicu da „ništa ne osećaju“ ove sagovornice nisu doživele ni najmanje ugrožavajuće.

„E onda u momentu kad je počelo da deluje, a jako brzo je počelo da deluje, tipa možda još dve, tri kontrakcije i onda više ništa ni ne osećaš. Ništa, ništa. Znači ja sam mogla da zaspim u tom momentu tako sam se osećala u tom fazonu, znaš posle tih bolova gde misliš aha sad ću morati da ispustim glas, posle toga naiđe ti onako baš ništa ne osećaš, kao ležiš i kao nekako si opušten. I možda je taj efekat da te ne boli a da ti daju, možda ne bi bio taj efekat. Ali pošto te je bolelo a sad te više ne boli onda je sada baš taj efekat ja oj opušten sam i sad ću da zaspim. (...) I ja u stvari do kraja samog nisam osetila ništa. (...) I sve je tako bilo bezbolno i ja sam se tako osećala odmorno.“ (Nevena)

„Bukvalno u roku od dva- tri minuta apsolutno sve je prestalo. Znači kao ja ne mogu to da objasnim kao da se ne porađam, kao da sam svojoj kući u krevetu. Ja sam tako legla, opustila se skroz, znači skroz, skroz. I ja sam ovaj bukvalno odspavala nekih dva sata, bukvalno odspavala. (...) Ali hvala Bogu što je on ušao, ja ne znam šta drugo da kažem, stvarno ono čovek me je spasao bukvalno. Ja sam mislila gotovo... Međutim kad je on ušao kao sunce da me je ozarilo, spas bukvalno spas.“ (Maja)

Ovakva situacija koja omogućava ženama da se odmore posebno je značajna kada nastupi faza napona. Ipak, jedan veliki deo neizvesnosti u pogledu uzimanja epidurala žene vezuju upravo za fazu napona i strahuju neće moći dovoljno da osete napone, što će im otežati izbacivnje bebe.

„Oni ženi od početka porođaja krknu taj epidural i ona ništa ne oseća do kraja samog porođaja. I napinje se, ne zna ni kako se napne, ne oseća napone, nije joj jasno šta treba da radi i dovodi je u jedno zbunjivanje.“ (Teodora)

Obe sagovornice koje su se porađale pod anestezijom sačuvale su snagu za napinjanje i izbegle su situaciju o kojoj prethodni citat govori, ali njihovi primeri ukazuju na to šta je potrebno ispuniti da bi se epidural pojavio kao tehnologija koja ima pozitivan uticaj i na ishod porođaja i na ženin doživljaj agensnosti. Neveni je epidural bio dobro doziran, što znači da, iako nije osećala kontrakcije, ona jeste osećala napone i oslanjala se na svoje otelovljeno iskustvo prilikom izbacivanja bebe. To što je kraj porođaja dočekala odmorna i staložena olakšalo joj je da saraduje sa babicom i da izbaci bebu u nekoliko napona.

„I stvarno oni meni niti su me, uopšte nisu ni vikali, mislim vezali su mi noge, isto valjda predostrožnosti radi ali to mi nije smetalo. Ja sam toliko bila fokusirana na te napone i na taj govor tela i ono da to uopšte nije bilo... I apsolutno, znači svaku njihovu reč i ono u fazonu, 'napni', napneš, 'ok stani', 'ajde napni', 'napni'. Nekako se završilo da kažem nisu mi ponavljali instrukcije i nije mi se niko naslanjao na stomak i nije niko tu vikao. Ja od momenta kad je doktor ušao ja mislim da sam stvarno u roku od pet minuta bila porođena.“ (Nevena)

Situacija druge sagovornice bila je sasvim drugačija. Ona je dobila prejaku dozu epidurala i nije osećala napone, što znači da nije mogla da se osloni na svoje otelovljeno iskustvo. Resursi koji su njoj omogućili da bude agent su znanja i tehnike sa psihofizičkih priprema za porođaj (kojima će biti posvećen naredni odeljak). To što je imala teorijsko znanje o tome kakav je doživljaj napona, omogućio joj je da prepozna veoma blage i nediferencirane telesne senzacije koje bi „primetila“, ali ne bi „znala da konstantuje“. Uvežbana tehnika napinjanja sa časova vežbi olakšala joj je da izbaci bebu, i pored toga što nije osećala spontanu telesnu tendenciju¹²².

*„Apsolutno ništa ne osećaš. I onda sam samo u jednom trenutku, ali tu su mi vežbe pomogle, znači **da***

¹²² Uobičajena je predrasuda prema kojoj psihofizička priprema nije potrebna ukoliko žena uzima epidural. Neveni koja je planirala da uzme epidural na porođaju doktorka je rekla da „sa epiduralom te vežbe ne znače mnogo“. Zapravo, Majin slučaj pokazuje koliko priprema može da pomogne upravo zbog toga što žena ponekad ne oseća dovoljno napone, a treba da se napinje. I babica koja drži psihofizičke pripreme smatra slično: „Ja mislim da je tim trudnicama sa epiduralom priprema još potrebniya nego onima koje se prirodno porađaju. Tek one treba da nauče kako da se napinju, kad ih samo telo ne tera na to.“

***nisam išla na vežbe ja ne znam dal bi uopšte i primetila, mislim primetila bih, ali ne bih znala da konstatujem.** I u jednom trenutku ja sam osetila onako napon. Znači ono što nam je babica pričala. Znači tačno napon osetiš onako kao pritisak na karlicu onako dole da kreće. Kao da te ovako blago pritiska a ti prosto od anestezije ne možeš to ni da osetiš. Ja sam na prvi taj pritisak, napon, zvala sam sestru i rekla joj meni su počeli naponi, jer prosto znam, babica nam je objašnjavala šta je to. A onda kad je došla i kad je rekla sad je sve spremno, iz tri napona beba je izašla. (...) Ali prosto ta anestezija, ti ne osećaš i ne možeš ni da se napinješ dovoljno, nemaš osećaj za napinjanje. Ja sam onako iz sve snage iz stomaka, onako kako nam je babica objašnjavala, mislim da su nam vežbe dosta, dosta pomogle. **Ja sam nekako tehniku znala i onda sam maltene iz glave, osećaj nemam ali iz glave onako kako treba.** I prvi napon ništa, drugi napon ništa i treći u sred napona ja sam se setila da nam je babica rekla da karlicu prilepimo uz pod. Kako sam ja zalepila, ovako se izvila tako je beba izišla. To je neverovatno. Prosto mnogo su mi vežbe pomogle. Znači kako sam se zalepila za pod i onako sam se jako napela tako je i beba izašla.“ (Maja)*

Ne treba izgubiti iz vida da je Maji omogućila da bude agent zapravo kombinacija dve potpuno različite tehnike – epidurala i znanja/veština sa priprema za porođaj. Da nije bilo epidurala nju bi bol potpuno preplavio u ranijim fazama porođaja i napone bi verovatno sačekala u sličnom stanju nemogućnosti da očuva minimalni integritet kao i Anđela, čije iskustvo je detaljno komentarisano u odeljku o naponima i koja je takođe prošla psihofizičke pripreme, ali nije uspela da se na njih osloni. Sa druge strane, da nije mogla da se osloni na resurse sa priprema, neodgovarajuća otelovljenost bi joj onemogućili da bude agent.

Na terenu u porodilištu imala sam priliku da razgovaram sa dve žene koje su se porodile pod epiduralom i koje su imale otuđujuće iskustvo porođaja, upravo zbog toga što njihovo iskustvo nije bilo dovoljno povezano sa doživljajem njihove telesnosti. One ne samo da nisu osećale napone, nego nisu dobijale ni povratne informacije iz svog tela o tome da li njihov trud „iz glave“ ima bilo kakvog efekta i obe su opisale da su se osećale „umrtvljeno“ i „paralisano“ i pored toga što su od spolja, od babice, dobijale informaciju o tome kako napreduju. Ovakvo iskustvo, ali i slučajevi žena koji su komentarisani u odeljku o naponima ranije ukazuju nam na to da su oba ekstrema narušene otelovljenosti – i potpuna distanciranost od telesnih senzacija i preplavljenost njima – povezana sa nemogućnošću da

žena bude agent na svom porođaju. Na povezanost između agensnosti i adekvatne otelovljenosti vratiću se u završnim razmatranjima.

„Pripremljene trudnice“

„Čim se rodi žensko dete to se rađa majka.“ (babica koja vodi psihofizičke pripreme za porođaj)

„Ja sam na kraju došla do zaključka, da sam se prosto iznenadila kako su se žene bez ovih vežbi uopšte porađale.“ (Teodora)

Sredinom prošlog veka, pod uticajem teorija o porođaju kao o prirodnom, fiziološkom činu koji se može spontano i *bezbolno* odvijati, i to bez medicinskih tehnika i intervencija, pojavljuju se programi pripreme žena za čin porođaja¹²³. U knjizi „Bezbolni porođaj“ detaljno su opisane teorijske osnove psihofizičkih priprema za porođaj koje se odvijaju *u lokalnoj sredini* i metode praktične obuke koja se sprovodi (Milošević i Prica, 1968)¹²⁴. Te pripreme kombinuju principe Dik-Ridovog modela prirodnog porođaja koji je prikazan u teorijskom delu ovog rada sa sovjetskim psihoprofilaktičkim metodom bezbolnog porođaja, koji je razvijen i široko primenjivan u SSSR-u od pedesetih godina prošlog veka. Obe metode ističu značajnu ulogu psihičkih činilaca u nastanku porođajnog bola, koji se tako ne posmatra samo kao produkt aktivnosti jednog izolovanog organa (materice) i nema isključivo fiziološku osnovu, već svoje poreklo ima u vezama koje osoba uspostavlja sa svojim okruženjem tokom života. Osnovnu Dik-Ridovu ideju o tome da je porođajni bol posledica određenih kulturnih reprezentacija koje kod žena izazivaju strah i mišićnu napetost, sovjetski autori su objasnili oslanjajući se na teoriju Pavlova o uslovnim refleksima. Oni su bol reinterpetirali kao posledicu emocionalnog uslovljavanja. Žene su

¹²³ Pojava ovakvih programa može se prepoznati kao deo opštijeg trenda „tehnološkog i ekspertskog posredovanja sve više životnih sfera (npr. podučavanje roditeljstvu)“ (Jovanović, 2012: 225), koje je karakteristično za savremeno doba.

¹²⁴ Autori su deo tima akušera koji su ovaj metod pripreme za porođaj 1957. uveli u Ginekološko-akušerskoj klinici u Beogradu. Relativno neizmenjen metod obuke se i dalje koristi u nekim Domovima zdravlja u Beogradu, dok je u drugima znatno skraćen i prilagođen – sastoji se od samo nekoliko časova i to skoro isključivo teorijske pripreme. Žene koje su prošle ovu integralnu verziju priprema ne ocenjuju ih kao preterano korisne: „Ok je ta teorijska priča, al ništa ja tu posebno nisam naučila“ (Sofija). Ja sam tokom terenskog istraživanja pohađala pripreme koje su veoma bliske originalno sprovedenim i podrazumevaju relativno dugo i često pohađanje časova.

od detinjstva okružene reprezentacijama porođaja kao izrazito bolnog događaja i zbog toga je kod njih stvorena asocijacija između bola i porođajnih kontrakcija. Cilj priprema je da se ovaj izgrađeni refleks razuslovi i da se stvore nove uslovno refleksne veze na bazi pozitivnih reprezentacija o porođaju. Drugačije predstave o porođaju se grade tako što se žena edukuje o fiziološkim osnovama porođaja, njegovom toku, funkcionisanju tela, poreklu porođajnog bola i načinima na koje se on može umanjiti. Ove predstave su osnov za izgradnju nove uslovne veze između kontrakcije i određene tehnike disanja i mišićne relaksacije koje zauzimaju mesto koje je imao bol¹²⁵. Pored toga, očekuje se „maksimalno angažovanje trudnice za porođaj, njena maksimalna koncentracija na porođajni čin“ (ibid: 36), što bi trebalo da obezbedi inhibiranost nervnog sistema za bilo koje druge nadražaje, uključujući i bolne senzacije materice¹²⁶.

Kako ovi principi izgledaju primenjeni u praksi? Svaki čas priprema traje po dva i po sata i žene na njih dolaze u sedmom mesecu trudnoće jednom nedeljno, u osmom dva puta, a u devetom tri puta nedeljno. Svaki čas je potpuno identičan, kako bi uslovljavanje bilo moguće. Časovi počinju telesnim vežbama za kojima slede vežbe disanja (uvežbavaju se tri tipa disanja koja se primenjuju u različitim fazama porođaja), a na samom kraju časa radi se mišićna relaksacija. Najduži i centralni deo časa posvećen je teorijskoj obuci koja se preklapa sa izgradnjom uslovnog refleksa. To konkretno izgleda tako što babica izgovara: „Kontrakcija počinje – reagujte!“ i navija sat koji drži u ruci. Trudnice leže na leđima i dišu na određeni način i za to vreme im babica govori teorijske stvari vezane za određenu fazu porođaja. Onda u jednom trenutku zazvoni sat i babica kaže: „Kontrakcija popušta!“ i žene počinju da dišu uobičajeno. Tip disanja i zamišljanje kontrakcija je praćeno narativom o odogovarajućoj porođajnoj fazi (npr. kada se uvežbava III tip disanja koji se koristi u fazi mešanja, teorijska priča se tiče te faze). Informacije koje žene dobijaju o porođaju se nižu hronološki i pokrivaju sve od opisa znakova za odlazak u porodilište sa adekvatnim rekacijama na njih, preko opisa vrsta kontrakcija, izlaganja čitavog toka porođaja, pa sve do postporođajnog perioda. U opis spadaju telesne promene, ono što će žena verovatno

¹²⁵ Istovremeno, i nezavisno od stvaranja uslovnog refleksa, disanje i relaksacija time što obezbeđuju veći priliv kiseonika umanjuju bol i po čisto fiziološkom osnovu, jer sprečavaju gomilanje mlečne kiseline u glatkoj muskulaturi materice.

¹²⁶ “Kad je mozak aktivan i žena koncentrisana na zbivanja u porođajnom aktu, onda nadražaji stvoreni kontrakcijama materice ne dopiru do njega. Mozak ih ne registruje. Naša svest ih ne primećuje (ibid: 138).“

doživeti usled tih telesnih promena, ali i sve ono sa čim se ona susreće u porodilištu (gde je vode, kakvim praksama je podvgnuta, da li dobija nešto od lekova itd.). Ovo detaljno upoznavanje sa tokom porođaja i očekivanim tretmanom, kao i sa adekvatnim načinima reagovanja, je nešto što žene često ističu kao najveću dobit od priprema.

„Ja se ne bojim samog porođaja, mene to kao čin ne plaši, samo želim da znam šta se tu događa. To nepoznato meni stvara osećaj nesigurnosti. Onog trenutka kad ja znam aha počinju kontrakcije, imaš toliko tipova kontrakcija, prepoznaću kontrakciju, znači boleće me tu i tu, na toliko i toliko. Disanjem ću da rešim ovim tipom, ako ne mogu prebaciću se na ovaj i otprilike znam, e napinjanje ovako izgleda, to je taj bol. I nekako sama ta činjenica da ja znam šta se tu dešava, mene čini rasterećenom. (...) Meni je najbitnije da se psihički priprelim na to što mene tamo čeka. Ja imam samo strah od nepoznatog. Ne od samog čina nego od toga šta će mi se tamo desiti. Objasnite mi šta je, šta se radi, kako se radi, šta može da me sačeka tamo, na koliko vremenski da budem spremna i ja nemam nikakav problem s tim u tom slučaju. Nemam problem ni ono što kažu da ću se sutra porađati 24 sata, niti da ću na kraju završiti na carskom rezu. Bože moj. Ali je prosto činjenica da ja znam šta je to i to je to. Onda zato mislim da su te vežbe negde dobre, jer ja sam praktično evo sad već dva meseca prolazim svaki drugi dan, prolazim kroz to kako se, na koji znak se ide u porodilište. Šta mi se u porodilištu događa. Kako se porađam. Kako se porođaj završava. Šta posle porođaja. Šta ja sve vreme treba da radim. O čemu treba da mislim. I šta mi određeni znaci znače. Tako da to mene mnogo rasterećuje. Ja sam opuštenija od onog trenutka praktično od kad te stvari prosto znam.“ (Teodora)

Teodora ima strah i neizvesnost samo pred nepoznatim i to što može da zna šta sve može da joj se desi, čak i ukoliko to nije ishod koji priželjkuje, donosi joj smirenost i osećaj sigurnosti. Još jedna prednost koju „pripremljene trudnice“ ističu je mogućnost anticipacije, jer je ceo događaj strukturisan i žena je upoznata sa njegovim trajanjem.

„Mnogo, mnogo mi znači što sam apsolutno pripremljena i što znam šta u kom trenutku može da me čeka. Nespremnost te nekako... mislim više ćeš se uspaničiti. Kad krene... ja sad sa ove tačke gledišta kad znam šta sve ide, koja faza, kako porođaj teče, nekako imam utisak da kad to prepoznam da ću biti smirenija. A da sam krenula na porođaj i da ne znam šta me čeka, verovatno bih se pogubila, verovatno bih se izgubila i to je ono totalno bih... A i pretpostavljam da kako odmiče tok porođaja ti ono kao aha pa samo još ovo, samo još ovo, jer nekako znaš šta te čeka. A kad ti kreneš a ne znaš verovatno misliš pa ovo će da traje 100 godina...“ (Maja)

Istaknute prednosti priprema imaju posebnu vrednost u našim institucionalnim okolnostima, jer žene nisu obaveštene o toku porođaja na neki drugi način i njima ovo znanje zaista pomaže da orijentišu i da ne budu preplavljene. Upoznavanje sa porođajem ne služi samo umanjenju neizvesnosti. Ono ima suštinsku ulogu u realizaciji uslovljene reakcije, jer omogućava ženama da prepoznaju i prate svoja stanja. Ovo je neophodno kako bi žena mogla da prepozna uslovni stimulus koji treba da bude okidač uslovljene reakcije (babica im govori *"ti si monitor za znakove za disanje"*). Za razliku od uobičajene situacije uslovljavanja, ovde uslovni stimulus nedostaje (npr. konkretni tip kontrakcije, napon). On se na časovima samo zamišlja i za njega se vezuje reakcija, ali je zato bitno da se prepozna u konkretnoj situaciji. Zato se od polaznica očekuje da doslovno umeju da ponove ono što babica izgovara i svaki čas jedna od žena na sebe preuzima deo ponavljanja.

„Ovo je bukvalno kao škola. Ovo je kao da se pripremaš za ispit. Na koji treba odeš i da tamo pokidaš sa desetakom, jer to je to. I onako s nekom poluvojničkom atmosferom. Mislim ne da je strogo, sad tu neko više na nas, već da se očekuje da se priča nauči i da možeš da je ponoviš od reči do reči što ja već radim. I da bi se stvorio uslovni refleks za porođaj. Da porođaj ne bi bio bolan. Eto to je.“ (Teodora)

Osim uobičajenog niza događaja na porođaju, žene se upoznaju i sa varijacijama i odstupanjima koja mogu da se jave. Cilj je da žena bude što informisanija i da ostane stalozena u situaciji porođaja, čak i kada dođe do nekih nepredviđenih događaja kao što su nepravilne kontrakcije ili loši tonovi bebe (koji njoj neće biti nepredviđeni samim tim što joj je njihova mogućnost najavljena). To omogućava da potencijalni problemi za ženu ne budu preplavljajući, već da je upućena u to kako da na njih reaguje (kako da diše, da li da zove osoblje itd.).

„Na pripremama za porođaj ja sam se malo iznenadila prvi put kad sam čula da babica kaže 'ako doktor kaže da su nepovoljni znaci...'. Ja sam mislila šta će to sad da priča, ja sam mislila ona priča da je sve lepo i dobro, ali i to isto znači mnogo. I sad ona tebi kad to tako kaže ... naravno neće mi biti drago ako mi doktor tako kaže, da ima nepovoljnih znakova, ali nije mi katastrofa i biću mirnija. Da ja to nisam čula, da ona to nije tako rekla, ja ne znam šta bih radila da to čujem. Verovatno bih se onesvestila tamo. Ili kao kažu ti 'nisu dobri tonovi bebe'. Mislim meni to zvuči strašno. Ali ti tad ne smeš da počneš da histerišeš, to nije ništa strašno, samo dišeš da beba dobije dovoljno kiseonika i pratiš svoje kontrakcije.“ (Tamara)

Upravo u tome leži prednost priprema nad iskustvima osoba iz ženinog okruženja koja uvek pokrivaju samo ograničeni opseg mogućnosti tj. ne pripremaju žena na sve moguće scenarije koji se mogu odviti na porođaju. Pripreme na neki način predstavljaju akumulirano i sistematizovano iskustvo različitih žena.

„Meni mama jeste objasnila kako to boli ali opet je to individualna stvar. I kako će... šta može da me sačeka. Jer je otprilike opisivala kako se ona seća svog porođaja, ali opet nije to to. Ovde smo prošli sve moguće varijante, svih porođaja, da budem spremna na sve. Tako da mislim iz tog razloga je jako bitno.“ (Teodora)

U osnovi priprema za porođaj stoji naizgled paradoksalna predstava po kojoj je porođaj u potpunosti prirodna stvar za koju je svaka žena sposobna i spremna, jer poseduje urođene kompetencije, ali da je to ujedno i čin koji od žene zahteva dugotrajnu pripremu kako bi ga izvela kako treba. I pored toga što godinama obučava i priprema trudnice za porođaj po veoma strogom režimu i ističe potrebu da one budu disciplinovane i uvežbane i da dobro savladaju disanje i teorijsko znanje o porođaju, babica na časovima često govori: „Čim se rodi žensko dete to se rađa majka.“¹²⁷ Teodora takođe za porođaj kaže da je to „normalan nagon, kao i bilo koji nagon drugi u organizmu“, ali razume da je potrebna duga i ozbiljna priprema kako bi porođaj prošao kako treba. Ona čak ne shvata „kako su se žene bez ovih vežbi uopšte porađale“. Ovo je paradoks samo na prvi pogled, jer se zapravo, u skladu sa teorijom Dik-Rida, zamišlja da je upravo loš društveni uticaj doveo do neadekatnog uslovljavanja koje za ishod ima nemogućnost da se porođaj odvije spontano i zato je potreban dodatan rad da bi se taj negativan uticaj poništio. Ono što je relevantno je to što se kao novi ishod dobija ne spontano i neposredovano odvijanje porođaja, već veoma posredovano i kontrolisano upravljanje tim procesom i prilagođavanje na njega. Čitava situacija se čak predstavlja kao borba za koju žena mora da bude dobro pripremljena, koncentrisana, disciplinovana i izdržljiva – ona mora da bude „do krajnosti aktivna, mora se izboriti za bezbolni porođaj“ (Milošević i Prica, 1968: 36).

Jasno je da pripreme za porođaj mogu da odigraju značajnu ulogu u tome da žene

¹²⁷ Sledeći citat babice, koja je pristalica prirodnog porođaja i vodi pripreme, takođe dobro ilustruje ovaj stav: „Telo žene je sposobno i stvoreno tako da može da rađa, a znanje o samom porođaju je urođeno kod svake žene“ (preuzeto sa http://www.biljeizdravlje.rs/code/_navigate.php?Id=331&editionId=36&articleId=197; pristupljeno 28. 3. 2013.)

dočekaju kraj trudnoće smirene i staložene i da ne strahuju od porođaja koji se približava. Koliko im je to iskustvo značajno na samom porođaju, kada se susretnu za realnim izazovima i koliko uspevaju da ostvare aktivnu ulogu za koju su se pripremale? Ono što je isticano kao najznačajnija prednost priprema tokom trudnoće, i na samom porođaju pojavljuje se kao najbitnije – mogućnost orijentacije i anticipiranja narednih koraka.

„Ti znaš apsolutno u svakom trenutku gde si, koliko si. Znači znaš u svakom trenutku šta se dešava. To ti je kad sad ona kaže, ne znam, otvoreni ste pet prstiju, ti znaš da treba minimum deset da bude i kako te to neće još. Pa znaš u kojoj si fazi porođaja i da ne ideš u nepoznato i čak da na kraju... Ništa ni to ušivanje na kraju, ništa to meni nije bilo strašno.“ (Tamara)

U završnim razmatranjima vratićemo se na značajnu ulogu koju medicinski obrazac tj. medicinsko znanje o porođaju – njegovom toku, fazama, telesnim indikatorima – ima za uređivanje često haotičnog iskustva porođaja, a time i za strukturisanje narativa o njemu. To da žena može sebi adekvatno da predstavi situaciju u kojoj se oseća ugroženo zbog intenzivnih telesnih procesa nad kojima nema kontrolu, kao i da anticipira koliko će to trajati i šta sledi, tako je značajno da može da nadomesti i neefikasnost samih tehnika naučenih na pripremama, koje su zapravo ponuđene kao osnovni resurs. Žene često primećuju ograničenu mogućnost da u realnim okolnostima porođaja primene sve ono što su učile na pripremama. Teodora opisuje najtežu fazu svog porođaja i to koliko joj je bilo naporno da „savlađuje“ kontrakcije disanjem i da se u isto vreme suzdržava pod naletom napona. Iako joj je delovalo da neće moći da izdrži ovu fazu, sama činjenica da je uspela da se orijentiše u situaciji i da zna koliko će faza da traje, pomogla joj je da povрати kontrolu nad situacijom.

*„I uglavnom kreće faza mešanja i to je stvarno žurka. E sad to je ono na vežbama, kad krene faza mešanja, i momentalno me prekine u disanju i tera me na izdisaj, forsira onaj treći tip. **Ma kakav treći tip, od toga nema ništa. To ja ništa uopšte nisam uspela da izvedem, koliko god sam ja bila revnosna na tim vežbama i trudila se da to naučim.** Ma ne, ne, to jednostavno ja ne mogu. Naročito u tom trenutku. Taj momenat zadržavanja je tako težak meni bio. Meni je to u stvari bilo teško, jer meni u sred tog bola kad bih ja sad disala, ja treba da se suzdržavam. I sad vidim da je to baš frka i razmišljam koliko ću ja sad ovako izdržati. **I onda se setim, sad opet s vežbi, da faza mešanja traje petnaest minuta do sat vremena. I tog momenta mi psihološki bude lakše, jer znam da to sad***

neće trajati celu noć. I da to će sad da traje petnaest minuta, sat vremena, koliko god, ja sam sad spremna na to i gotovo.“ (Teodora)

Poseban značaj pripremljenost ima u fazi napona. Žene se za ovu poslednju fazu porođaja i svoju ulogu u njoj na časovima pripremaju na dva načina. Sa jedne strane, od ulaska u deveti mesec rade se vežbe za napinjanje, koje služe za jačanje trbušnih mišića koji su potrebni u fazi istiskivanja bebe, kao i učenje adekvatnog položaja tela i tehnike guranja. Sa druge strane, veliki akcenat na časovima se stavlja na to da trudnica treba da bude pripremljena da saraduje sa lekarom i babicom i da sluša i sledi njihova uputstva. Detaljno se predstavlja situacija – položaj svih aktera, to šta oni govore i koje su ženine adekvatne reakcije¹²⁸.

„Babica mi je dosta pomogla. I lepo sam se napinjala, nisam dozvolila da sad pustim u sred napona. Lepo sam sagla glavu kako treba. Bio me strah da li ću imati dovoljno vazduha. To mi je bio problem. Jer mislim da nisam lepo uvežbala napinjanje. Ali, sećam se da je tu babica stajala sa desne strane i da mi je govorila da li se lepo napinjem, kako da se napinjem. To, kad da se napnem, kad da dišem. (...) Ona kaže u jednom trenutku samo 'napni se, napni se, napni se!', i odjednom onda kaže, 'diši!'. I jednostavno na taj način pomaže i da se verovatno ne bih više pocepala.“ (Tamara)

Tamarino iskustvo primer je kolektivnog poduhvata na kraju porođaja, jer ona uspeva da aktivno učestvuje u izbacivanju bebe tako što se oslanja na uputstva babice. Ovakvo iskustvo verovatno je i najpozitivniji model porođaja¹²⁹ koji može da se ostvari, makar unutar medicinske institucije, i to je tema kojoj ćemo se detaljnije vratiti u narednom odeljku.

Uloga priprema na samom porođaju u velikoj meri zavisi od podešenosti celog institucionalnog konteksta zamišljenoj i predviđenoj ulozi žene. Nije dovoljno da tokom priprema žena razvije neke veštine i kompetencije kako bi ih koristila kao resurse na

¹²⁸ Važno je istaći da je „obučavanje“ za saradnju povezano samo sa onom fazom porođaja u kojoj je ženino učešće neophodno – gde ona treba da izvesti šta oseća i da ulaže aktivan napor, kao kod napinjanja ili uzdržavanja od napinjanja. Nasuprot tome, na časovima se npr. spominje to da će lekar u nekom trenutku verovatno dati indukciju, ali kad je jedna trudnica pokušala da se detaljnije raspita o tome, odgovor babice je bio – „to ne treba ti da znaš, to zna doktor“. Dakle, pripreme reprodukuju uobičajenu institucionalnu podelu rada i odgovornosti – lekar zna i indikacije i trenutak i količinu i tip leka, u pogledu toga su znanje, aktivnost, preferencije trudnice nepotrebni i ona se ništa ne pita.

¹²⁹ Pod najpozitivniji podrazumevam da je ne samo najmanje ugrožavajući, već i da u najvećoj meri podržava agencnost žene. Na ovu temu vratiću se nešto kasnije.

porođaju. Neophodno je da konstelacija elemenata u porođajnom okruženju omogući ili podrži te veštine i kompetencije. Detaljno smo razmatrali Anđelino iskustvo u poglavlju koje se bavilo fazom napona i ulogom žene u otuđenom porođaju. Ona je bila pripremljena trudnica, bila je veoma revnosna na časovima i pre porođaja mi je pričala o tome kako je dobro uvežbala napinjanje.

„Babica mi je rekla 'super držiš mišić', pitala me je da li sam se bavila nekim sportom. Čini joj se da mogu jako da izguram jer mi se učvrsti stomak.“ (Anđela).

Ipak, kombinacija indukcije i sedativa na porođaju dovela ju je u disocijativno stanje u kome su se preplavljujući bolovi smenjivali sa padanjem u san i ona nije uspevala da koristi tehniku disanja i da se priprema za sledeću kontrakciju (citat je naveden na 271. strani). Anđela je bila u takvom stanju na kraju svog porođaja – iscrpljena od bolova, ošamućena dejstvom sedativa i bez doživljaja napona – da uopšte nije uspevala da se napinje i beba je izvučena forcepsom. Dakle, nedostajao je subjekt sa dovoljno integriteta koji bi uopšte mogao da praktikuje neke veštine i da se oslanja na neke tehnike.

Na samim časovima priprema prepoznaje se značaj uloge osoblja za to koliko će veštine biti uspešno primenjene i računavaju se osobenosti lokalne situacije u kojoj manjka komunikacija sa ženama koje se porođaju. Babica na časovima žene priprema na to da će lekar ćutati za vreme i nakon pregleda i upućuje ih na to da one treba da imaju aktivnu ulogu i da mu zatraže informaciju o tome koliko su otvorene, koja im je neophodna kako bi se ponašale u skladu sa fazom porođaja u kojoj su.

*„Lekar nas pregleda i ćuti. Mi pitamo koliko smo dilatirane, da bi smo znale kako da se ponašamo.“
(babica koja vodi pripreme za porođaj)*

Ponekad su povratne informacija osoblja znakovi tj. stimulusi za naučene reakcije kod žena i uspeh primene zavisi od njihove saradnje i toga da žena ima informacije koje lekari ili babica mogu da joj pruže.

„E da, na primeprema kažu do pet se diše ovako, od pet se diše onako. Ja nemam informaciju uopšte kad je to pet. Znači moja mera bola je bila omašena totalno. Da i to je jedino što je na tim pripremapa, kako to treba da ide. I da pitamo, rekla je da pitamo obavezno koliko smo prstiju otvoreni. Međutim posle tog doktora meni niko nije došao da mi gura bilo šta, iako sam to prvi put u životu ajde čekirajte, molim vas.“ (Sonja)

Ponekad se ne radi samo o tome da medicinsko osoblje ne saraduje, već ima negativan stav prema ženama koje se oslanjaju na neke veštine sa priprema i to im aktivno zabranjuje.

„I tu već krećem da dišem po ovom drugom jer me tu stvarno prilično boli. I kao lakše ti kao, skrene ti misli kao znaš. I u jednom momentu sam ja baš stala i to baš to drugo disala, pošto je dosta zvučnije. I ta babica je došla s leđa, mene nešto potapšala i rekla, 'to nećeš da mi radiš u sali'. Ja sam rekla, 'što, šta?' Kao 'to ko te je učio da zaboraviš'. A to je meni jedina odbrana u tom momentu, znači to je jedino što mene čuva od tog nekog bola i kao to ćeš da zaboraviš. I tu se otprilike poprilično narušim skroz.“
(Sonja)

To da u porodilištima ponekad postoji otpor prema pripremanjima za porođaj i „pripremljenim trudnicama“ poznato je i bobicama koje pripreme vode.

„Babica je na osnovu izveštaja sa porođaja koje su joj žene pisale zaključila da se u porodilištu ne dozvoljava ženama apsolutno da se koriste metodama koje su naučile na vežbama. (...) Babica je to negde okarakterisala kao neku vrstu njihove arogancije. I da možda je njima bilo smešno. Šta tamo sad jedna babica može da uradi a on je tu veliki lekar, da njima ona sad tu priča. Ne znam. Ja sam iz njene priče stekla utisak da je to tako. (...) Ali nekako mi to malo, mislim što se njih tiče, bezveze. Ta njihova zavist, ja sam najpametniji, ne može mene jedna babica da uči.“ (Teodora)

Osim očuvanja hijerarhijskog odnosa, čini mi se da u osnovi ovakve situacije stoji i konflikt između dva modela porođaja. Sa jedne strane je medicinski model po kome se porođaj odvija kao mehanički proces i ne oslanja se na bilo kakvu aktivnost žene i, skladu sa tim, pripreme ne mogu da imaju bilo kakvu značajnu ulogu na porođaju. Sa druge strane, iako su pripreme za porođaj u velikoj meri prilagođene medicinskom okviru i oslanjaju se na medicinsko znanje o porođaju, čak su i posebno podešene specifičnostima lokalnog institucionalnog okruženja, u njihovoj osnovi stoji model prirodnog porođaja u kome ima mesta za ženu kao subjekta. Ovaj nesklad između dva modela dovodi do toga da u realnim okolnostima pripreme i sam porođaj ostanu „nepovezani“ i da ženi bude otežano da ispuni ulogu za koju se pripremala.

„Mislim da bi mnogo bolje bilo da su i oni upućeni. I da mogu da mi kažu na primer 'evo vidiš beba je visoko, okreni se na stranu, kako si učila na vežbama da spustiš bebu'. Znaš prosto da mi, ne mora da to bude, neka to bude moja uslovljena reakcija da ja to uradim, ali ako on zna šta sam ja radila i ako

mi u tom trenutku da samo podsetni znak, ja ću znati šta da uradim. Mislim da bi to mnogo pomoglo. (...) I tad bi bile povezane te dve stvari, pripreme i porođaj. Ovako ja treba da budem spona između jednih i drugih zato što oni nisu međusobno povezani.“ (Teodora)

Dakle, to koliko pripreme mogu da budu efikasne u realnim okolnostima, tj. koliko uspevaju da za žene predstavljaju resurs, tiče se u velikoj meri podešenosti okruženja izgrađenom znanju i kompetencijama žene koja se porađa. Ova podešenost je od pojave modela priprema za porođaj prepoznata i isticana kao važna, ali, makar danas, daleko je od ostvarene: „Osoblje koje će imati kontakta s trudnicom koja je pripremljena za bezbolni porođaj, počevši od vratarke pa do babice, mora takođe da bude obučeno“ (Milošević i Prica, 1968: 35). I pored ovih nedostataka deluje da je, pod elementarno povoljnim okolnostima u porodilištu, prolazak kroz pripreme za porođaj pomagao ženama da aktivnije učestvuju u svom porođaju i da se osećaju kao agenti.

Socio-materijalna mreža porođaja u instituciji: distribuirana agencnost

Već smo ukazali na to da je u fazi napona ženama ostavljen prostor da budu agenti, odnosno da se aktivno postavljaju prema svom stanju, i videli smo da one često u tome ne uspevaju. U ovom odeljku nastojaćemo da rekonstruišemo socio-materijalnu mrežu koja omogućava pozitivno iskustvo porođaja unutar institucionalnog konteksta (koji sa sobom nosi brojna ograničenja) i ovakav postupak će nam ukazati na distribuiranu prirodu žene kao agenta. Dakle, ispitaćemo koji su sve elementi potrebni i na koji način oni treba da budu povezani da bi to vodilo pozitivnim ishodom za subjekta.

Kada su žene pripremljene za saradnju sa osobljem na porođaju, a pritom su sačuvali dovoljno snage i integriteta do poslednje faze, porođaj može da se pojavi kao istinski kolektivni poduhvat koji podrazumeva međusobnu komunikaciju i koordinisanu aktivnost.

„I ja sam im govorila, 'Evo ga! Evo ga ide, ajmo sad!' I sad uzmem vazduh, pa se stisnem (...) I stvarno sam se super napinjala. Baš je bilo kako treba. I sad svaki put je bilo, 'je l' ide? Je l' se vidi?' A babica mi više, 'vidim, pa da vidim kosu.' (...) I ajde krenula sam da se napinjem i kod petog napona je to krenulo, 'ajde, ajde, izdrži, izdrži!' I sa svakim naponom događalo se to što je trebalo da se događa. Ja nisam

sama osećala kako spuštam bebu. Ja sam samo njih pitala, 'je l' se nešto pomerilo? Jesam imala nekog napretka?', da znam da li to što radim ima svog efekta ili nema. Ako nema efekta, prosto da znam. Međutim ne, ne, bilo je 'evo ide, ide, ide!' (...) Babica bukvalno kada kaže, 'ajmo guraj! Izdrži, izdrži, izdrži, zadrži vazduh!' i onda ona kaže, 'Zameni!'. Eto to je sve što ona kaže. U toku jednog napona sve vreme držiš mišić i ono, ali ti to babica kaže kad treba da zameniš jer ona gleda, sve vreme gleda šta se dešava. Sad ona zna šta gleda. Ona ovako gleda, gleda i onda kaže, 'ajmo zameni!' i ja držim noge i ona je rekla, 'ajde pusti!'. I onda ja puštam i onda idemo iz početka. (...) Bilo je zanimljivo, stvarno. Generalno celokupan doživljaj je baš super." (Teodora)

Na osnovu Teodorinog narativa deluje da je ona bila pozicionirana kao centralni akter u situaciji, da je imala uvid i kontrolu nad celim događajem i da se zbog toga sama osećala kao agent. Ipak, ona nije stvari radila sama, već se oslanjala na kompetencije i učešće babice. Dakle, njena agensnost je distribuirana, neke aktivnosti delegirane su drugoj osobi i postoji koordinisano delanje kako bi se postigao cilj. Koordinacija je omogućena time što žena i babica sve vreme komuniciraju, što iskustvo žene o tome da napon nailazi ima značajno mesto u situaciji, kao i iskustvo babice koja ima sasvim drugačiju perspektivu i od spolja prati napredovanje bebe. Teodoru taj spoljašnji pogled drugog na napredovanje njenog porođaja ne otuđuje, on joj zapravo pomaže da stekne uvid koji inače ne bi imala, a koji joj je korisna povratna informacija o sopstvenoj aktivnosti.

Ova slika sasvim je drugačija od one koja se nalazi u citatu Šejle Kicindžer (dat je na 41. strani). Žena je tamo ne samo centralni, već i jedini akter i promoviše se predstava po kojoj je njena agensnost maksimalna ukoliko je ona prepuštena sebi i svom otelovljenom iskustvu, kao i intuitivnom znanju i kompetenciji koji joj omogućavaju da spontano dela u savršenoj harmoniji sa svojim telom. Kaže se da ona „tačno zna šta da radi, nisu joj potrebne instrukcije, jer je potpuno usaglašena sa svojim telom i sa energijom koja u talasima prolazi kroz nju sa dolazećim i odlazećim porivom da izgura dete napolje (Kitzinger, 1984; prema Akrich & Pasveer, 1998: 109).“ Iskustvo žena pokazuje da stvari u realnim okolnostima nisu tako jednostavne i da je ženama, kako bi se oslonile na spontanu telesnu tendenciju i izgurale bebu, potrebno dosta više od oslanjanja na urođeni kapacitet. Teodora je, odmah u nastavku opisa iskustva datog iznad, istakla ulogu jednog značajnog materijalnog aspekta čitave situacije – stola za porođanje. Sto može da se stavi u takav oblik da omogućava ženi da maksimalno koristi svoju snagu, da se oslanja na skoro uspravan

položaj u koji je stavljena, kao i da se odupire rukama. Dakle, sto joj služi bukvalno kao fizička potpora i podrška pri guranju.

„A inače super je tamo, oni tamo stolovi. Oni su mene odmah ovako skupili, onako u onaj položaj kako treba, kao zubarska stolica, što onako može u sve žive položaje. E tako i ovo, bukvalno imaš da ga izlomiš kako god hoćeš i oni su mene namestili u položaj u kome ja treba da budem. I to je super meni bilo. I još imaš ovako dve ručice sa strane da se držiš. Uuuu, to je super! Noge gore, noge ti vežu za ono čudo i sad ajde. I mnogo je lakše nego na vežbama. I kad osećaš napon onda znaš šta treba.“ (Teodora)

Teodorin porođaj je savršen primer socio-materijalne mreže koja jedino kao povezana i funkcionalna konstelacija vodi željenom ishodu. Povoljen ishod je i objektivan – ona je izbacila bebu u nekoliko napona, beba je dobila dobru ocenu i nije se dugo zadržala bez vazduha u porođajnom kanalu, i Teodora je jedina sagovornica koja „nije sečena“, tj. nije joj rađena epiziotomija; ali i subjektivan – Teodora veoma pozitivno procenjuje svoje iskustvo, ona je osećala uspeh zbog toga što je uradila važnu stvar. I jedan i drugi ishod su, dakle, posledica rada čitave mreže u koju su uključeni aktivnosti i kompetencije kako babice, tako i žene koja se porađa, ali i materijalni aspekti situacije – adekvatan porođajni sto koji je fizički podržao Teodoru u napinjanju, i refleksno grčenje njenog tela tj. naponi, koji su joj pomagali da izbaci bebu. To koliko je autonomna telesna reakcija bitna biće nam jasno ukoliko se setimo iskustava žena koje su pokušavale da guraju, a nisu osećale napone, koje su izveštavale da guraju „na prazno“ i nisu sebe doživljavale kao agente (o čemu je bilo reči u poglavlju o naponima). Ovo pokazuje da kada se jedan element mreže izostavi, ishod je potpuno drugačiji. Pa ipak, nije dovoljno ni samo to da je telesni doživljaj prisutan, čitava situacija treba da bude uređena tako da autonomna reakcija tela može da predstavlja osnov za aktivnu ulogu i delanje otelovljenog subjekta. U Teodorinom slučaju, i babica i žena se oslanjaju na napone, i s obzirom na njihov ritam podešavaju svoje aktivnosti, što je u kontrastu sa situacijama u kojima je osoblje podsticalo žene da se napinju sasvim u neskladu sa doživljajem napona.

„E onda oni dolaze sa papirima i kao 'ajmo sad!'. Ja kažem, 'pa dobro, kao svakako, ali nemam napone'. I oni potpuno van ritma krenu da me porađaju. I meni je to potpuno užasno. I ne čekaju moje napone iako im ja kažem 'evo ga, sad će za minut', oni kreću 'ajmo guraj!'. Da ali... baš pričam sa njima, 'ali zašto guram sada?'. I ja ne znam da guram, ja krećem da guram ali to nije to. I oni su kao

šokirani kako ja to ne znam i ja kažem, 'ali ne znam'. 'Pa kako si dovde došla?' Pa jebote došla sam, to se samo dešava, nije to što ću ja da sednem i da... (...) I onda ja kao guram i onda se oni ljute na mene što ja ne guram dobro. I onda ja guram tako što udahnem jako duboko i ispravim se i napunim pluća kiseonikom i onda su mi... i skroz se napunim kiseonikom, zato što sam, jer je to meni pomagalo u toku dana, to mi je prijalo. (...) E ne oni su mi stegli zube i nabili ti glavu ovako, što je meni sve suprotno od onoga što sam radila ceo dan, stegni zube i sad guraj. I ja ne mogu ništa da uradim. I samo ih gledam koji je vama đavo ljudi. Mislim baš je to bezveze bilo.“ (Una)

Dakle, sa jedne strane potrebno je da socijalni aspekti situacije budu podešeni odvijanju telesnih dešavanja, kako bi otelovljeno iskustvo žene moglo da se pojavi kao značajan element situacije i kako bi njoj bilo omogućeno da deluje. Naredni citat pokazuje šta se dešava kada su ovi elementi na mestu – žena je pripremljena za porođaj, zna kako da se gura, oseća svoje napone i medicinsko osoblje je podstiče da se na njih osloni, ali ovaj put nedostaje drugi element – ona nema fizičku podršku da gura, jer leži na leđima na stolu koji je sasvim neprilagođen njenim potrebama.

„Ja sam bila u fazonu, 'ali ja ljudi ne mogu više da izdržim to'. Gura sa svih strana, kao hoće napolje i gotovo. I oni kao u fazonu 'ajde'. I onda kreće. Ali problem je što su mene hvatali ti neki grčevi od te poze u kojoj sam bila. Ovde nema za šta da se držiš, meni bi bilo lakše da imam za šta da se držim. Imati gde da držiš svoje noge. Što na kraju ispadne jedva se porađaš. Ali sve to dole ti utrnuto nekako, nemaš baš kontrolu nad tim. I ti hoćeš, al džabe, ne možeš, prosto tu više ništa ne možeš, iako bi trebao. Onda jedna priča ovo, druga priča ono, treća priča ono. I onda ova jedna ti legne na stomak, duvaj ovako, duvaj onako, mislim to je... Pa ona onda gura, pritiska i izađe.“ (Ivana)

Ivana oseća napone, ali nema dovoljno dobru fizičku podršku prilikom guranja. Njoj je telo utrnulo, jer je primorana da leži na leđima. Takođe, nema za šta da se drži da bi dala oslonac svom telu i da bi olakšala sebi napinjanje. U takvoj situaciji medicinsko osoblje preuzima glavnu ulogu na porođaju i oni vrše fizički pritisak na stomak kako bi istisnuli bebu. Oba elementa se u odnosu na ženu kao agenta u ovoj situaciji pojavljuju kao spoljašnji – i pritisak koji oseća iznutra kao posledicu napona, i pritisak koji oseća spolja kao posledicu pritiska babice. Iako se sve to njoj dešava, ona sama je nekako izostavljena iz situacije i ništa ne uspeva da uradi. Ovo je zato primer nedostatka saradnje i koordinacije tj. nepostojanja adekvatne socio-materijalne mreže porođaja koja je konstitutivna za ženinu agensnost.

* * *

I pored sve heterogenosti tema i uvida koji su izloženi u poglavljima sa nalazima istraživanja, moguće je proznati neke opšte tendencije koje se tiču kako aspekata otelovljenog iskustva trudnoće i porođaja, tako i uloge medicinskih praksi i tehnika situiranih u lokalnom institucionalnom okruženju. U završnom delu rada, te tendencije će biti eksplicitnije tematizovane i osvrnućemo se na neka od pitanja koje smo postavili tokom teorijskih razmatranja u početnim delovima teksta.

Završna razmatranja

*"Up till now (once upon a time), female embodiment seemed to be given, organic, necessary; and female embodiment seemed to mean skill in mothering and its metaphoric extensions. Only by being out of place could we take intense pleasure in machines, and then with excuses that this was organic activity after all, appropriate to females."
Donna Haraway (1991a: 180)*

Iskustvo tela tokom trudnoće i porođaja

Telo tokom trudnoće i porođaja, na osnovu objektivnih promena i na osnovu kulturnih značenja koja se tim promenama pridaju, postaje bitan predmet interesovanja i pažnje doživljajnog subjekta. Zbivanja u telu i izrazita promena njegovog oblika dovode do preusmeravanja pažnje žene sa okruženja, na koje je njena pažnja u uobičajenom toku života usmerena, na samo telo. Do ovoga u velikoj meri dolazi zbog toga što funkcionisanje i oblik trudnog tela odstupaju od uobičajenog stanja. Telo se trudnu ženu pojavljuje kao nešto što je suočava sa nizom novih izazova.

Već sama činjenica da se veličina tela tokom trudnoće ubrzano i konstantno menja čini da njegove granice postanu zamagljene, odnosno da žena počne da gubi precizan osećaj o tome koliki prostor njeno telo zauzima. Samousmerenost je samo dodatno potencirana time što unutrašnji prostor tela žene u ovom periodu nastanjuje novo telo, koje vremenom stiže sve veću i veću autonomiju. Ovo ne znači da je žena sada jednostavno usmerena direktno na bebu, već pre to da je sada svog tela svesna kao sredine u kojoj se beba održava u životu i razvija. Sama beba je ono o čemu se žena implicitno stara eksplicitno se starajući o svom telu.

Treba istaći da, dok ima (retkih) aspekata oteľovljenog iskustva za koje se može reći da su aistorijski¹³⁰, doživljavanje i interpretiranje tela tokom trudnoće u najvećoj meri zavisi od kulturnih reprezentacija, koje jesu istorijski relativne. Povećana osetljivost na procese reproduktivnog tela, koja je karakteristična za savremenu ženu, može se povezati sa time što se ovi procesi danas tretiraju kao medicinski fenomeni. Rezultat promene do koje dolazi u moderno doba, a o kojoj je detaljno bilo reći u drugom poglavlju, nije samo stavljanje trudnoće i porođaja pod jurisdikciju medicine, već i to što su medicinski diskurs i tehnologija postali važni medijatori i resursi u svakodnevnom razmišljanju i funkcionisanju žena. Danas, i pre bilo kakve direktne intervencije profesionalaca, medicinsko znanje stečeno kroz knjige, časopise, pripremne kurseve, laičke diskusije i sl. oblikuje ženine percepcije, ponašanja, načine izražavanja i doživljavanja. Međutim, i pored skoro

¹³⁰I koji se mogu pripisati evoluciono uslovljenoj konzervativnosti naše telesne sheme koja se ogleda u tome što je potrebno dosta vremena za adaptiranje na izmenjenu veličinu i granice tela.

hegemonog prisustva medicinskog diskursa, on nije jedini okvir kroz koji se individualno iskustvo prelama.

Dvostruka predstava reproduktivnog tela

„Throughout patriarchal mythology, dream-symbolism, theology, language, two ideas flow side by side: one, that the female body is impure, corrupt, the site of discharges, bleedings, dangerous to masculinity, a source of moral and physical contamination, “the devil’s gateway”. On the other hand, as mother the woman is beneficent, sacred, pure, asexual, nourishing (...)” (Rich, 1986: 34)

I bez bilo kakvih negativnih iskustava, trudnoća svakako predstavlja krizu za otelovljenost. I to krizu koja može voditi radikalno različitim ishodima za subjektivnost žene. Zbog velikih i relativno brzih telesnih promena, telo se, u svakom slučaju, pojavljuje kao objekat na koji je usmerena pažnja, koji se tematizuje, o kome se razgovara sa drugima. Ali, sa tom naglašenom usmerenošću žene na telo mogu biti povezane veoma različiti modusi doživljavanja i reagovanja.

Neke žene osećaju fascinaciju pred mnogobrojnim promenama koje trudnoća sa sobom nosi, procesima koji se u telu odvijaju, njegovim sposobnostima, njegovom snagom. Žena tada nije jednostavno identifikovana sa svojim telom – ne doživljava da *ona radi* stvari koje joj se dešavaju. Za te promene je odgovorno *samo* telo, njegovi skriveni kapaciteti. Ali to telo se ne pojavljuje kao otuđeno, kao nešto što stoji naspram subjekta i nepoznato mu je na preteći način. Ona se njemu divi, ponosna je, u njemu nalazi izvor radosti i snage. Tako kriza otelovljenosti tokom trudnoće, koja sa sobom nužno nosi unošenje izvesne podvojenosti između subjekta i tela ili bar eksplicitno pojavljivanje tela kao objekta, kao ishod može da pruži ženi priliku za novi oblik intimnosti sa svojim telom i da joj ponudi ispunjujuće otelovljeno iskustvo. U tom smislu trudnoća može biti osnažujuće iskustvo za ženu.

Situacija može da bude i sasvim drugačija. Telo se može pojavljivati ne samo kao distancirano, na neutralan ili pozitivan način, već kao nešto nepoznato i nešto što sa sobom

nosi negativne konotacije. Žene koje su anksiozne u pogledu odvijanja svoje trudnoće telo doživljavaju kao izrazito ranjivo i lako podložno negativnim uticajima iz sredine koji predstavljaju opasnost za bebu. One pažljivo i sa strepnjom oslušuju i najmanji znak koji telo šalje i interpretiraju ga kao indikator nečeg potencijalno ugrožavajućeg što se u njihovom organizmu dešava. Ovakav odnos prema sopstvenom telu u trudnoći svakako duguje dominantnoj medicinskoj reprezentaciji trudnoće kao rizičnog i potencijalno patološkog procesa. U ovakvoj situaciji trudnoće, telo se doživljava kao nepoznato i otuđeno i ono je izvor anksioznosti za ženu.

Ova dva načina pojavljivanja tela u iskustvu žene tokom trudnoće imaju veoma različite posledice po to kako će se žena praktično odnositi, ne samo prema svome telu, već i prema svim drugim životnim projektima. Da li će odlučiti da nastavi da radi tokom trudnoće, da li će putovati, voziti se gradskim prevozom, u kojoj meri će imati fizičku aktivnost, šta će unositi u sebe od hrane, pića, suplemenata, lekova. Ukoliko im se telo na pozitivan način pojavljuje u iskustvu, žene će nastaviti da se ponašaju kao neproblematično otelovljeni subjekti i učestvovalaće u različitim aktivnostima, samo će im pažnja biti posebno usmerena na telesne znakove. Imaće obzira prema svom stanju – na primer mnoge žene izveštavaju da su se uzdržavale od fizičkih napora i nošenja teških stvari, iako su „imale snage i osećale da mogu“. Ipak, ovaj obzir ih neće ograničavati u nekom širem smislu, već će njihova aktivnost biti donekle prilagođena njihovom promenjenom stanju. Ukoliko im je telo distancirano i prisutno na takav način da im to izaziva anksioznost, onda će sve što rade biti određeno staranjem o trudnoći i obzirom prema krhkosti i povredljivosti sopstvenog tela. Izbor hrane, položaja za spavanje, garderobe, aktivnosti biće u potpunosti podređen vođenju računa o svom telu i posredno, mada ključno, zdravlju i dobrobiti bebe. Naravno, i prva spomenuta grupa žena stara se o dobrobiti svoje bebe, samo nema predstavu i doživljava svog tela kao nečeg što je lako ugroziti i povrediti i što je samo krhko i nepredvidivo.

Ova dva vida reprezentacija ili modusa pojavljivanja trudnog tela za ženu reflektuju disocijativnu predstavu žene i njenog tela koja se reprodukuje u kulturi, makar od početka modernog doba, mada su njeni koreni znatno stariji. Ova predstava je sadržana u citatu

Adrijen Rič kojim ovaj odeljak započinje, mada je Rebeka Kukla detaljnije specifikuje (Kukla, 2005). Od 18. veka moguće je u javnom diskursu i tekstovima koji se produkuju prepoznati kristalizaciju dvostruke slike trudnog i materinskog tela, kao i suprotstavljene prakse i regulativna načela koja iz tih reprezentacija slede. Prva podrazumeva idealizovano sliku buduće majke koja je u savršenom prirodnom jedinstvu sa svojim detetom i čije telo spontano funkcioniše na savršen način. Zbog toga je neophodno da ga zaštitimo od bilo kakvih spoljašnjih intervencija, i to ne samo od štetnih uticaja, već i od umešanosti medicine, lekova, veštačkih zamena za majčino mleko ili bradavice itd. U drugoj reprezentaciji trudna žena je haotično, neuređeno biće kojim vladaju afekti i kaprici, ona je nepredvidiva, sa propusnim telesnim granicama, nedovoljno jaka da kontroliše svoje želje ili strahove i podložna mnogim štetnim uticajima. Ne postoji poverenje da će ona uspeti samostalno da izvede zadatak staranja o detetu, i dok je ono unutra i kada dospe izvan materice, i zbog toga zahteva stalno nadgledanje i vođenje, i to od strane spoljašnjih autoriteta. Kukla na ove dve reprezentacije koje vode suprotstavljenim nizovima praksi referira kao na *fetišku* i *neposlušnu* majku: „Fetiška majka je romantizovani, idealizovani lik, dok je neposlušna majka predmet nepoverenja i prezira. Prva mora da bude zaštićena od spoljašnjeg intervenisanja, dok druga zahteva spoljašnje intervenisanje kako bi bila adekvatno disciplinovana i upravljana (ibid: 85).“ Kukla takođe, smatra da su obe reprezentacije majke i njenog trudnog i postporođajnog tela, koje funkcionišu kao regulativni ideali sve do savremenog doba, nastale u isto vreme i to iz zajedničke predstave o majčinom telu koje je odgovorno za „proizvodnju ljudske i društvene prirode, ispravno vođeno normativnim zakonima prirode, i lako podložno kvarenju i izopačenju (ibid).“¹³¹

Ovaj disocijativni diskurs trudnog i porođajnog tela određuje i na koji način će se procenjivati uloga medicinske tehnologije u trudnoći i porođaju. Značajno je to da su oba tabora, i onaj koji poziva na podvrgavanje trudnoće i trudnog tela medicinskom autoritetu i tehnologiji, i onaj koji to smatra pogubnim za nesmetano spontano odvijanje ovih procesa prirodnim tokom koji će jedini voditi savršenom ishodu i po majku i po bebu, nastala i

¹³¹ Ove dve suprotstavljene reprezentacije reproduktivnog tela imaju i specifičan javni status, kao i modus vizuelnog reprezentovanja – dok nam se prikazuje skoro polugolo telo fetiške majke koja doji dete, dakle vidimo samo površinu njenog tela, sa druge strane nam je u akušerskim udžbenicima prikazana samo unutrašnjost tela neposlušne majke (ibid).

održavaju se oslanjajući se na zajedničku predstavu majke koja od 18. veka dobija suštinski dvojnu prirodu. Takva konceptualizacija situacije radikalno menja pogled na savremene debate koje se tiču praksi u vezi sa trudnoćom i porođajem, i to kroz ukazivanje na zajedničke ideološke osnove na kojima su suprotstavljene pozicije artikulisane. Iako ove reprezentacije deluju kao suprotne jedna drugoj, i povezane sa sa konfliktnim nizom praksi koje iz njih slede, one su zapravo komplementarne, dopunjavaju se i konstituišu zajednički diskurzivni i socijalni prostor.

Ono što analiza trudničkih i porođajnih iskustava žena pokazuje jeste da ova disocijativna predstava reproduktivnog tela postaje duboko internalizovana i u samim ženama, kako Adrijen Rič kaže, “čak i u najnezavisnijima od nas” (Rich, 1986: 34). Važno je imati na umu i da nijedna od ovih reprezentacija tj. regulativnih ideala nije apriorno povezana sa osnaživanjem žene i podržavanjem njene subjektivnosti. Situacija je kompleksnija od toga jer se ova dva vida reprezentacije i načina tretiranja reproduktivnog ženskog tela susreću, sukobljavaju i razilaze u realnim životnim okolnostima. Na primer, žena koja „fetišizuje“ svoje trudno i porođajno telo, u susretu sa medicinskom institucijom čije su prakse usmerene na njegovu regulaciju, jer su vođene predstavom tog tela kao labilnog i nepredvidivog, verovatno će osećati ugroženost i biće joj otežano da bude subjekt. Ali, isto važi i za obrnutu situaciju – žena kod koje sopstvena telesna situacija izaziva anksioznost i koja oseća potrebu da bude nadgledana tj. da staranje o telu prepusti spoljnom autoritetu, biće ugrožena ukoliko se od nje bude očekivalo da sledi svoju intuiciju i da kroz trudnoću i porođaj prođe bez bilo kakvog spoljašnjeg mešanja.

Ovo je, ujedno, jedan deo odgovora na pitanje od čega uloga medicinske tehnologije zavisi, i on ukazuje na razloge na strani žene kao subjekta, na specifičnu konstelaciju njene otelevljene subjektivnosti sa kojom ulazi u trudnoću i porođaj, odnosno na modalitet njene telesne situiranosti. U narednim odeljcima detaljnije ćemo ispitati različite uloge koje tehnologija može da ima tokom trudnoće i porođaja, kao i ishode po subjektivnost žene kojima to vodi, a onda ćemo se u završnom delu poglavlja vratiti na pitanje od čega ova uloga zavisi i ovaj put ćemo se fokusirati na specifičnosti situiranosti same tehnologije.

Hermeneutički izazov i uloga medicine

„We are not immediately present to ourselves. Self-knowledge requires a semiotic-material technology linking meanings and bodies.“ (Haraway, 1991b: 192)

Iako trudnoća nije sama disfunkcionalno stanje, povećana usmerenost na telo koja je karakteriše praćena je, slično kao u slučaju disfunkcionalnih stanja poput bola ili bolesti, dubinskom potrebom da se telesne promene koje je prate razumeju. Veliki ulog koji za savremenu ženu trudnoća po pravilu sa sobom nosi, doprinosi inherentnoj potrebi da se sopstveno stanje razume i da se prema njemu praktično odnosi. Skrivenost reproduktivnih procesa, odnosno to što se njihovo izbijanje na površinu tela uglavnom svodi na pojavu simptoma, stoji u osnovi potrebe žena da pribegnu različitim resursima koji joj omogućavaju indirektan pristup zbivanjima u unutrašnjosti tela. Primarni hermeneutički resursi na koje savremene žene teže da se oslone spadaju upravo u domen medicine. Deo zadatak koji je u savremenom društvu medicina na sebe uzela jeste da pristupi i onim regijama tela koje su i samim ženama nepristupačne. Medicina odgovara na hermeneutički zadatak na koji žena nije u prilici sama da odgovori.

Ali, postoji i povratna sprega između medicinskog znanja i zbivanja u reproduktivnom telu. Medicinsko znanje čini danas dobar deo laičkog znanja o trudnoći, koje žene danas čini pozornijim nego ranije i koje im omogućava da pripišu odgovarajući značaj i značenje različitim telesnim događajima. Tako, upravo to što ima medicinsko znanje o relativno pozdanim znacima da je porođaj počeo ili o tome da se počev od četvrtog meseca trudnoće mogu osetiti pokreti bebe, čini ženu posebno osetljivom na odgovarajuće stimulse iz unutrašnjosti tela i omogućava joj da ih prepozna, poveže jedne sa drugima i da ih pravilno protumači onda kada se jave. Medicina u tom smislu omogućava da reproduktivno telo izroni iz hermetične dubine u kojoj se nalazi i da njegovi procesi dobiju jasno mesto u iskustvu žene. Medicinsko objašnjenje takođe može da omogući i da se telesni proces, koji je zbog svoje neuobičajenosti dospeo u centar ženine pažnje, uprkos svojoj neuobičajenosti povuče u pozadinu njene svesti. Lažne kontrakcije, koje u startu imaju uznemirujuće dejstvo na ženu, mogu da budu zanemarene ako se prepoznaju kao lažne i one se premeštaju u pozadinu iskustva. Trudna žena, oslanjajući se na usvojene

informacije, može da zna da još uvek nije došao trenutak za neodložno delanje. Tako medicinsko znanje ne samo da pruža okvir za interpretaciju telesnog stanja, nego putem toga posreduje i u doživljajnom pojavljivanju i nestajanju tela za samu ženu.

Neutemeljena pretpostavka da ljudi imaju neko autentičnije znanje o svom telu, i to znanje koje im je neposredno dostupno, za posledicu ima to da se medicinsko znanje vidi kao spoljašnje i kao da vodi potiskivanju i ignorisanju tog autentičnog i neposrednog znanja. Ipak, adekvatan uvid u sopstveno stanje nije nešto za šta su svi ljudi sposobni samo ukoliko ih medicina ne učutkuje. U nekim oblastima, medicina čak nastoji da ljudima razvija svest o sopstvenom telu kako bi ona bila korišćena kao resurs i to tako što se aparati za merenje koriste kako bi se povećala senzitivnost (npr. kod osoba obolelih od dijabetesa, v. Mol & Law, 2004). Time se relacija unutrašnje/spoljašnje znanje svakako problematizuje. Medicinski okvir može da bude posebno značajan u situacijama u kojima nas telesno stanje preplavljuje, tj. onda kada svoje telo doživljavamo kao nekontrolisano i ugrožavajuće. Porodaj je paradigmatičan primer takve situacije.

Narativni obrazac porođajnog iskustva: uloga medicinskog znanja

„The story traces the edges of a wound that can only be told around. Words suggest its rawness, but that wound is so much of the body, its insults, agonies and losses, that words necessarily fail.“
(Frank, 1995: 98)

S obzirom na to da je ovo istraživanje bilo usmereno na analizu verbalizovanog iskustva, to je učesnice stavilo pred zadatak izgradnje koherentnih narativa. Pokušaj da se nizu događaja nametne struktura i kontinuitet je u slučaju trudničkog iskustva relativno lako bio ostvarivan. Međutim, pokušaji da se nametne narativna struktura iskustvu porođaja povremeno su vodili frustraciji, jer nije uvek bilo lako povezati i vremenski urediti iskustvo koje je u realnim okolnostima bilo haotično, na trenutke dramatično intenzivno, i sa povremenim momentima disocijacije. Artur Frenk (Arthur Frank) ukazao je na haotični i nekoherentni narativni obrazac koji je povezan sa iskustvom bolnih i traumatičnih događaja (Frank, 1995). Osoba se suočava kako sa problemom integracije iskustva, tako i sa teškoćama da to iskustvo prevede u reči i poveže na takav način da to ima smisla i za

nekoga ko je sluša i za nju samu. Iz narativa žena, posebno onih koje su prošle psihofizičke pripreme, jasno je da se za žene medicinski obrazac porođaja (broj prstiju dilatiranosti, učestalost kontrakcije, porođajne faze itd.) često pojavuje kao značajan za organizaciju porođajnog iskustva i predstavlja važan resurs za to da situacija ne bude preplavljujuća ili ugrožavajuća.

Neke feministički orijentisane autorke (Chadwick, 2009; Martin, 2003) smatraju da medicinski scenario porođaja ženama nameće spoljašnji pogled na njihovo sopstveno iskustvo. Ukazuje se na to da ovaj šematizovani narativni obrazac po pravilu izostavlja subjektivno iskustvo, telesne doživljaje i sve neprikladne detalje (koji ukazuju na prljavost, neuređenost, ili krajnje korporalne aspekte porođaja). Odlika ovog dominantnog medicinskog, tehnokratskog diskursa, kako tvrdi Rejčel Čedvik, jeste da potisne i “ućutka potencijalno paradoksalnu, podvojenu i često neodređenu subjektivnost” žene koja se porođa (Chadwick, 2009: 119).

Ova kvalifikacija je delimično tačna – ukoliko može da referira na uspostavljene norme i odrednice koje članovi zajednice dele, ženi to olakšava da nekome ispriča i objasni to što je doživela. Trebalo bi da se podrazumeva da dilatiranost od pet prstiju ukazuje otprilike na sredinu porođaja i na prilično intenzivne bolove. I sagovornicama svakako nije lako, ni kada su na to podstaknute, da adekvatno reprezentuju svoje otelovljeno iskustvo tako da se ne oslanjaju na medicinske odrednice. One se u intervjuima često bore da pronađu i stvore svoj diskurs. Pa ipak, čini mi se da je sasvim neadekvatno iz toga izvući zaključak do koga dolazi Čedvikova. To što su žene često spontano veoma investirane i pokušavaju da uklope svoje porođajno iskustvo u medicinski scenario tiče se upravo toga što im je teško da tolerišu “potencijalno paradoksalnu, podvojenu, neodređenu subjektivnost”. One koriste medicinska znanja kako bi imale nekakav interpretativni obrazac za tumačenje često haotičnog i preplavljujućeg toka porođaja i taj obrazac im omogućava da im ovo iskustvo – posebno telesne senzacije koje su nepoznate i intenzivne – postane lakše shvatljivo i lakše savladivo. Ono što deluje da zanemaruju autorke koje nedvosmisleno odbacuju medicinski narativni okvir smatrajući da spoljašnjim i otuđujućim je činjenica da žene, kad počne porođaj, u instituciju ulaze već donekle ugrožene i često se ne osećaju bezbedno da se „prepuste“ svom otelovljenom iskustvu. Normativni ideal

subjektivnosti sa kojim su identifikovane zbog činjenice da žive u savremenoj zapadnoj kulturi čini da one u gore opisanom stanju ponekad ne uspevaju adekvatno da integrišu svoje iskustvo, da dožive osećaj agensnosti niti elementarnu psihološku dobrobit. Pored toga, ne treba zaboraviti ni to da je oslanjanje na medicinsko znanje veoma funkcionalno i praktično korisno u institucionalnom okviru u kome se nalaze. Ono im omogućava da anticipiraju i razumeju ne samo dešavanja u telu, već i događaje u okruženju. Analiza koje identifikuje neke narativne obrasce i resurse za organizaciju iskustva koji su jednoznačno dobri i osnažujući za ženu kao subjekta previše je pojednostavljena sa stanovišta realnih okolnosti. Kada se u bolničkom kontekstu pojavi narativ koji narušava uobičajen medicinski opis porođaja, ne može da se uklopi u satnicu, u kome preovlađuju upečatljivi opisi telesnih doživljaja i dominira predstava subjektivnosti koja je „u krizi, rastrzana između reda i haosa, života i smrti, tela i selfa, ja i ono, unutra i spolja, ovde i tamo, smisla i besmisla“ (ibid: 123), deluje mi da takav narativ pre ukazuje na gubitak kontrole, preplavljenost negativnim telesnim senzacijama i nemogućnost da se održi adekvatna forma otelovljenosti. Dakle, ne smatram da je ovo izraz neke autentične, „pardoksalne“ porođajne subjektivnosti, koja je ućutkana i prekrivena od spolja nametnutom koherencijom medicinskog obrasca, već izraz ugroženosti subjekta, njegove koherencije, otelovljenosti, mogućnosti simbolizacije iskustva.

Važno je spomenuti i to da ne usvajaju u destabilizujućim okolnostima porođaja žene samo rado medicinski *diskurs* kako bi olakšale integraciju svog iskustva i njegovo uklapanje u ostatak životnog narativa, već se oslanjaju i na medicinsku *tehnologiju* koja interveniše na takav način da im to, pod nekim okolnostima, obezbeđuje adekvatniji oblik otelovljenosti i vraća doživljaj agensnosti.

Agensnost i otelovljenost na porođaju: uloga medicinske tehnologije

Svaki put kada telo postane eksplicitno percipirano i tematizovano uvodi se izvesno distanciranje u odnosu na subjekta. Ali, već je bilo reči o tome da neprijatna i bolna iskustva unose dimenziju otuđenosti koja nije karakteristična za neutralna ili prijatna iskustva. Doživljaj bola ili telesne nelagodnosti ne predstavlja samo „napad na moje instrumentalno telo (*Körper*), već radikalno narušavanje moje otelovljene (*embodied*) subjektivnosti“ (Turner, 1992: 167). Doživljaji na porođaju su praradigmatičan primer za prekomerno i intruzivno prisustvo sopstenog tela u iskustvu. Tada telo ili pojedini njegovi delovi postaju centralni za naše iskustvo, ali ne kao intimni delovi nas samih, već kao prisustvo nečeg stranog i ugrožavajućeg – proces na koji smo u drugom poglavlju referirali pojmom raz-telovljenje. Važno je istaći sledeće – dok je u uobičajenim okolnostima subjekt otelovljen, i tada se telo i ne primećuje i ne spominje u narativima, 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 distancira i pozicionira nasuprot (ostatka) *otelovljene* subjektivnosti (Akrich i Pasveer, 2004). 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. Ovaj, uslovno rečeno, raskol između tela i selfa u tim trenucima nije samo iniciran bolom, on je i adaptivni odgovor na njega (Leder, 1990: 77). Aspekti telesnosti 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. *Preplavljujući* bol na porođaju koji žena doživljava kao ekstremno ugrožavajući verovatno je posledica nemogućnosti da se ovo distanciranje izvrši.

Medicina može da ima ulogu ne samo u integraciji i interpretaciji iskustva, već i u modeliranju samog tog iskustva, u bukvalnom smislu reči. Epidural je paradigmatičan primer tehnike koja omogućava intervenisanje u tok otelovljenog doživljavanja i izmenu dinamike telo-otelovljeni self odnosa. On omogućava održavanje aktivne dihotomije i adekvatne distance između tela i otelovljene subjektivnosti, odnosno omogućava ženi da izbegne preplavljenost bolom, da sačuva integritet i da preuzme aktivnu ulogu na kraju svog porođaja. Ipak, videli smo i da epidural ne vodi uvek ovako pozitivnom ishodu za ženu

kao subjekta. Onda kada sasvim uskrati ženi mogućnost da oseti senzacije iz donje polovine tela, epidural vodi otuđujućem iskustvu porođaja i uskraćuje ženi doživljaj agensnosti.

Iz ove analize porođajne situacije možemo izvući i neke opštije uvide o odnosu agensnosti i otelovljenosti. Agensnost se doživljava samo tada kada postoji adekvatno uspostavljena veza između selfa i tela. Na jednom polu javlja se potpuna fuzija tela i selfa – onda kada je žena preplavljena bolom, a na drugom polu potpuna razdvojenost tela i selfa – onda kada je epidural doveo do toga da žena ne oseća donju polovinu tela. Ni u jednom od ova dva ekstremna modaliteta otelovljenosti nema uslova za agensnost, što nam ukazuje na to da je adekvatna otelovljenost subjekta uslov mogućnosti agensnosti. U većini uobičajenih situacija ovaj bazični osećaj otelovljenosti nije ugrožen, pa veza između ova dva aspekta subjektivnosti nije očigledna i deluje nam da agensnost može biti ispoljena nezavisno od otelovljenosti. Ovaj uvid ima i praktične posledice, na primer, po pitanje regulisanja bola na porođaju. Deluje da ni zagovornici medicinskog modela porođaja, ni zagovornici prirodnog modela porođaja ne računaju na ovakav odnos agensnosti i otelovljenosti. Pitanje nije da li obezbediti ženama bezbolan porođaj ili insistirati na prirodnom porođaju bez lekova, već koja količina bola odgovara adekvatnoj telo–otelovljeni self vezi koja omogućava da se žena oseća kao agent tokom svog porođaja.

Ultrazvučna tehnologija i privilegovana otelovljena pozicija žene

„The Enlightenment has removed from our bellies, as from our minds, any reality that is not perceived by the eye.“ (Duden, 1993: 8).

Jedinstvena i privilegovana pozicija žene spram sopstvenog tela često je isticana od strane fenomenološki orijentisanih feministkinja (Rich, 1976; Young, 1984; Bergum, 1994). Kritike upućivane medicinskoj tehnologiji ticale su se upravo deprivilegovanja tog neposrednog, telesnog znanja uvođenjem objektivnih, tehnološki posredovanih informacija. Na primer, prenatalne dijagnostičke tehnike, poput ultrazvuka, stavljaju druge osobe u analogan epistemički položaj onom koji zazuzima trudna žena, koja je prethodno imala privilegovanu poziciju zbog pristupu otelovljenom iskustvu fetusa.

Iris Marion Jang smatra da je ženino iskustvo trudnoće obeleženo izvesnom tenzijom. Sa jedne strane, žena je jedina koja „živi to telo koje raste i kreće se unutar njega“ (Young, 2005: 61). Na osnovu toga ona ima privilegovani odnos sa fetusom jer oseća njegovu težinu, položaj, pokrete, za razliku od drugih koji imaju iskustvo fetusa samo posredno. Sa druge strane, u savremenom kontekstu dolazi do pretvaranja „ovog subjektivnog iskustva u objektivne entitete koje može posmatrati bilo ko uz pomoć adekvatnih instrumenata“ (ibid). Jangova prepoznaje da tako stečene informacije stavljaju sve druge u istu epistemičku poziciju spram fetusa i time ugrožavaju i obezvređuju privilegovani pristup bebi koji žena ima. Ono što pruža ultrazvučna tehnologija postaje više stvarno nego ono što žena oseća, tj. stiče status autoritativnog znanja. Jangova ukazuje i na činejnicu da je reč o vizuelnoj reprezentaciji fetusa kojoj se daje prioritet u odnosu na taktilnu, što reflektuje dominantan trend privilegovanja vizuelnog u modernoj kulturi. Time što prebacuje naglasak na vizuelni čulni modalitet, smatra se da savremena medicina čini kinestetičko i taktilno znanje majke manje ekskluzivnim i vrednim¹³².

Barbara Kac Rotman takođe ukazuje na to na se žene više ne oslanjaju na doživljaj pokreta kako bi se beba za njih pojavila kao realno i nezavisno biće, već na sliku na ekranu ultrazvuka: „Nije više doživljaj prvih pokreta (eng. *quickening*) ono što označava prvo prepoznavanje bebe kao zasebnog bića u stomaku, već je to sada momenat kada je beba prvi put viđena na ekranu. Žene izveštavaju da u trenutku kada vide fetus na monitoru ultrazvuka, on najednom postaje realan za njih: 'realno' je verovatno reč koja se najčešće koristi za opisivanje slike fetusa na monitoru (Rothman, 1993: 125-126).“

U ovim kritikama prisutno je nekoliko argumenata koji se tipično javljaju u feminističkoj literaturi kada se procenjuje uloga medicinske tehnologije za nadgledanje trudnoće. Pokušaću da nezavisno prokomentarišem svaki od ovih argumenata.

Time što omogućava da neki nedostupni delovi tela postanu vidljivi i potencijalno manipulabilni, ultrazvučna tehnika uvodi nove aktere na scenu (Thompson, 2005). U slučaju trudnoće to je fetus čiji obrisi se pojavljuju na ekranu (i eventualno na fotografiji koju žena može poneti sa sobom) i čije karakteristike se navode u izveštaju specijaliste.

¹³² Ponekad se ističe da čak i same žene postaju voajeri fetusa i osećaju se izostavljenim ukoliko im nije omogućeno da vide ekran tokom ultrazvuka (Sandelowski & Black, 1994).

Ovako konstruisan fetus se na različite načine odnosi prema „doživljenom“ fetusu i obe vrste iskustava i reprezentacija omogućavaju proces koji smo nazvali individuacijom bebe. Beba, kako trudnoća odmiče, ima sve određeniji oblik i postaje nezavisno biće, sa određenim fizičkim karakteristikama koje se saznaju na osnovu ultrazvuka (npr. pol) i sa određenim ritmom aktivnosti, ponašanjima, čak i karakterom, o kojima se zaključuje na osnovu otelovljenog znanja. Prilikom komentaranja nalaza detaljno je bilo reči o tome kako žene od skoro neprimetnih osećaja sredinom trudnoće dolaze do sasvim diferenciranog prisustva bebe o kojoj imaju otelovljeno iskustvo. Ne treba zaboraviti ni to da njihovo otelovljeno iskustvo svakako nije neposredno, iako deluje tako. Žena uči da prepoznaje neodređene senzacije kao pokrete fetusa. To što ima medicinsko znanje o tome kada se oni javljaju, omogućava joj da ih iščekuje i trudi se da ih prepozna i prati. Ponekad, samo to što ih vidi na ekranu doprinese tome da ih prepozna ranije ili bolje. Takođe, samo iskustvo posredovano je reprezentacijom položaja bebe (koju žene po pravilu znaju na osnovu ultrazvučnog pregleda), ali i medicinskom reprezentacijom unutrašnjosti sopstvenog tela¹³³.

Uloga ultrazvuka se menja u zavisnosti od prisustva i bogatstva otelovljenog znanja o fetusu. Na početku trudnoće, dok žena i dalje nema doživljaj pokreta fetusa, ultrazvučna slika za mnoge žene učini trudnoću „više realnom“ i podsticajno deluje na identifikaciju sa njom (i izmenu svakodnevnog ponašanja kao posledica toga). Takođe, to jeste prva situacija u kojoj im se njihova buduća beba pojavljuje na određeniji i realniji način (vidi takođe, Clement et al, 1998). Ipak, ne treba zaboraviti da postoje različite prekretnice u individuaciji bebe i taj doživljaj „realnog“ fetusa se za većinu učesnica u ovom istraživanju na određeniji i značajniji način javio nakon što su počele da osećaju pokrete. Dakle, iako se to da fetus za ženu postaje stvaran u kritičkoj literaturi po pravilu predstavlja kao diskretan događaj, zapravo je reč o procesu i to šta se podrazumeva pod doživljajem realnog fetusa se tokom trudnoće menja. Krajnji ishod kod većine žena podrazumeva veoma određenu predstavu o autonomnom biću koje ima brojne specifičnosti i skoro da stoji u kontrastu sa ultrazvučnom reprezentacijom generičkog, „kanonskog“ fetusa koji tehnologija pruža

¹³³ Ovo specifično posredovanje omogućava da žena, na primer iznenadni tupi bol u donjem stomaku tumači kao da je „beba šutne nogom u grlić“ (Sonja).

(Kukla, 2005: 109). Ono što je pojava ultrazvučne tehnologije verovatno izmenila kada je reč o iskustvu savremenih žena, jeste to da proces individuacije ili „postajanja realnim“ započinje ranije nego što je to nekada bilo slučaj.

Nadalje, na osnovu čega možemo da tvrdimo da trudna žena ima specifičan i privilegovan odnos prema svojoj bebi u odnosu na sve druge osobe koje takođe mogu da imaju neko iskustvo bebe u njenom stomaku? Da li osnovna razlika leži u modalitetu čulnog doživljaja – dok trudna žena ima taktilne i kinestetičke doživljaje svoje bebe, lekar na ultrazvuku ima samo vizuelni doživljaj? Pored toga može se tvrditi da žena ima doživljaj bebe *iznutra*, dok svi drugi ljudi imaju samo spoljašnje iskustvo – na primer oni stavljanjem ruke na njen stomak mogu osetiti pokrete bebe, ali samo spolja. Obe ove karakteristike ističu se u literaturi kada se ukazuje na specifično i privilegovano neposredno iskustvo žene naspram (tehnološki) posredovanog iskustva bebe koje mogu imati drugi ljudi. Takođe, kada se kritikuje medicinska tehnologija, ukazuje se na to da ona devalvira neposredno otelovljeno znanje žene i menja ga posredovanim vizuelnim znanjem čime stavlja i druge osobe u ravnopravan položaj sa ženom, a time je ugrožena njena privilegovana pozicija¹³⁴. Deluje mi da autorke koje ovako rezonuju zapravo redukuju specifičan odnos koji majka ima sa fetusom na karakteristike čulnog modaliteta ili specifičnost položaja u odnosu na objekt znanja (spoljašnje naspram unutrašnjeg). Ono što čini odnos između žene i fetusa ekskluzivnim jeste celodnevni doživljaj toga da se nosi beba u stomaku, prepoznavanje obrazaca aktivnosti bebe i razvijanje interakcije sa njom. Žene veoma često povezuju pokrete bebe sa sopstvenim ritmom ili postupcima, pa se bebina aktivnost tumači kao reagovanje kome one često pokušavaju da se prilagode, tj. da povratno reaguju. Takođe, pauze između doživljenih pokreta zamišljaju kao spavanje,

¹³⁴Često se ističe da ultrazvučna dijagnostika stavlja budućeg oca u analogan položaj sa majkom. Kako muškarci doživljavaju ultrazvuk? Neki autori tvrde da za buduće očeve, to što mogu da prisustvuju ultrazvučnim pregledima i vide fetus na ekranu, znatno doprinosi tome da dožive bebu kao realnu i da je postanu svesni kao nezavisnog bića. Tokom perioda trudnoće njima je vizuelno znanje primarni vid znanja o bebi (Draper, 2002). U istraživanju se nisam bavila ovom temom, ali na osnovu ograničenog uvida koji sam dobila iz toga što žene govore o iskustvu ultrazvuka kod svojih partnera (imam informacije samo o tri sagovornice koje su na ultrazvučne preglede išle privatno, jer je muškarcima zabranjen pristup u državnoj praksi), deluje da se oni više oslanjaju na reakciju samih žena, nego na ono što vide na ekranu, čak ni na ono što im lekar govori i pokazuje. Dakle, budući očevi o kojima sam dobila neke posredne informacije kao da nemaju neki autonomni odnos prema tehnološki posredovanom uvidu i kao da privileguju poziciju i perspektivu žene. Naravno, neophodno je ozbiljnije se istraživački posvetiti ovoj temi da bi se donosili pouzdanim zaključci.

odmor, to da se beba „primirila i čeka“. Ovaj proces (proto)interakcije i (proto)komunikacije vodi individuaciji bebe koja od generičkog fetusa na ekranu postaje biće koje ima autonomiju, navike, obrazac aktivnosti, čak i preferencije i neke karakterne crte (tvrdoglavost, bezobrazluk, povučenost itd.). Ukoliko na ovaj kompleksniji način shvatimo specifičnost odnosa između žene i fetusa, onda se postojanje ultrazvučnih informacija ili mogućnosti da i druge osobe vide ili osete bebu nikako ne pojavljuje kao alternativa ili nešto što može da ugrozi ili zameni ženino otelovljeno iskustvo njenog budućeg deteta. Ono može da ga dopuni, da pruži povod za dalje individuiranje ili neke specifične reprezentacije, ali se u svakom slučaju ne radi o odnosu suprotstavljanja između dva modaliteta iskustva ili isključivanja otelovljenog iskustva, već o kompleksnoj interakciji.

S obzirom na to od kada počnu da osećaju pokrete, većina žena privileguje otelovljeni vid saznavanja i interakcije sa svojom bebom, može se postaviti pitanje da li je tehnološki posredovano znanje autoritativno znanje o fetusu? Na osnovu analize tvrdila bih da ono to jeste samo u jednom vrlo specifičnom smislu – kada je reč o zdravstvenom stanju fetusa. Što se identifikovanja sa trudnoćom i odnosa prema bebi tiče, makar u slučaju većine sagovornica u ovom istraživanju, otelovljeno iskustvo igra bitniju ulogu. Žene se često prema ultrazvuku ne odnose drugačije nego prema dijagnostičkim tehnikama koje se na njih primenjuju nezavisno od trudnoće. Kao što im njihovo telo nekada ne šalje jasne signale (pritom postoji niz patoloških stanja koja dugo ne daju subjektivno doživljene simptome), tako i pokreti bebe koje osećaju ne govore ništa o zdravlju bebinih bubrega ili srca. U ovom istraživanju ispostavilo se da to važi čak i za 4D ultrazvuk koji se reklamira kao sredstvo koje budućim roditeljima omogućava da *vide* svoje nerođeno dete.

Postoji još jedna neopravdana simplifikacija koja se često javlja u kritici ultrazvučne tehnologije, a zauzima značajno mesto i kod Iris Marion Jang i kod Barbare Duden. Optičke tehnologije – teleskop, mikroskop, kamera, ultrazvuk – omogućavaju vizuelni pristup udaljenom ili nepristupačnom okruženju. Često se smatra da one ujedno zanemaruju sva druga čula osim čula vida (Dolezal, 2009), što odslikava naviku zapadnih društava da privileguju vizuelno kao najrelevantnije za saznanje i ono na čiji se autoritet naučno znanje oslanja (Ihde, 2002). Smatra se da to ima posledice u situaciji trudnoće po status

otelovljenog iskustva, pre svega taktilne i kinestetičke prirode. Iako ova kvalifikacija ultrazvučne tehnologije sadrži istinite elemente, ona je previše pojednostavljena. Prvo, u samo iskustvo ultrazvučnog pregleda za ženu ulaze i drugi čulni modaliteti (dodir, zvuk, doživljaj unutrašnjeg prostora) i oni su ponekad suštinski za to kakvu će ulogu za nju UZ slika uopšte odigrati. Barbara Duden tako povlači razliku između otelovljenog iskustva žena iz prošlosti i neotelovljenog (*disembodied*) koje je karakteristično za savremene žene, pri čemu se ultrazvuk uzima kao paradigmatičan primer (Duden, 1993). Ona kontrastira susret lekara sa ženom iz 18. veka koja ga izveštava o širokom opsegu čulnih iskustava i doživljaja sa sadašnjim susretom koji je "čulno depriviran" i oslanja se na isključivo vizuelne reprezentacije koje nam daju instrumenti. Emili Martin takođe kritikuje ovakvu dihotomiju, jer previše pojednostavljuje čitavu situaciju ultrazvučnog pregleda koja u stvarnosti nikad nije svedena samo na jedan čulni modalitet (Martin, 1996). Takođe, videli smo da bez oslanjanja na to šta lekar govori, većini žena ništa ne znači ono što mogu da vide na ekranu. Drugo, detaljno razmatranje narativa žena izloženo u okviru poglavlja o individuaciji bebe ukazuje nam na to da je između vizuelnog (tehnološki posredovanog) i taktilno-kinestetičkog (otelovljenog) iskustva teško uspostaviti neku jednostavnu relaciju opozicije ili, čak, međusobnog isključivanja. Ova dva modaliteta iskustva se često odnose na različite objekte (ili subjekte) i, onda kada jesu u interakciji, njihov odnos je potrebno razumeti i opisati u znatno kompleksnijim i ambivalentnijim terminima.

Dakle, u literaturi se otelovljeno iskustvo i tehnološki posredovano iskustvo po pravilu strogo razdvajaju¹³⁵ i javlja se apsolutno apriorno privilegovanje jednog od njih¹³⁶. Takođe, često se sugeriše da je reč o modalitetima koji se suprotstavljaju i međusobno isključuju, ali analiza iskustava žena ukazuje na značajno drugačiji i kompleksniji odnos

¹³⁵ Treba imati u vidu i to da je samo razdvajanje ova dva modaliteta iskustva, iako analitički korisno, nužno aritificijelno i da previše pojednostavljuje situaciju. Otelovljeno iskustvo je neophodno da bismo uopšte iskusili ono što nam daje tehnologija, a čim je naše iskustvo mentalizovano, a posebno verbalizovano, oslonili smo se već na neku reprezentaciju, koja je svakako kulturna, a u savremenom svetu i neretko tehnološki-posredovana tj. omogućena nekom tehnologijom. Dakle, tehnološki posredovano iskustvo je uvek otelovljeno, dok je otelovljeno iskustvo često tehnološki posredovano – razlika je pre svega u naglasku, ona nikako nije apsolutna.

¹³⁶Feministički orijentisane autorke uobičajeno privileguju isključivo otelovljeno znanje, dok zagovornici medicinskog modela privileguju isključivo tehnološko znanje, koje se skoro bez izuzetka privileguje i u praktičnim okolnostima medicinske prakse.

između njih. Ponekad je tehnološki posredovano iskustvo podstrek za otelovljeno, a nekad je situacija obrnuta. Tehnološko znanje se javlja i kao proširenje i dopuna otelovljenog znanja, ponekad potvrda ili korekcija. S druge strane, u mnogim situacijama se tehnološki posredovane informacije dovode u pitanje, jer odstupaju od otelovljenog iskustva. Dakle, ova dva modaliteta iskustva su po pravilu u interakciji, nadovezuju se i koordinišu.

Šta određuje ulogu medicinske tehnologije?

Fenomenološka rekonstrukcija trudničkog i porođajnog iskustva ukazala nam je na to da i pre i nezavisno od ulaska u medicinsku instituciju žena kao subjekt prolazi kroz niz promena. Tokom trudnoće telo se, usled pojačane usmerenosti na njega i njegove procese, za ženu pojavljuje kao objektivizovano na različite načine. Takođe, radikalni uticaji intenzivnih telesnih senzacija nad kojima nema kontrolu, kao što je slučaj na porođaju, žena po pravilu doživljava kao suštinski destabilizujuće iskustvo po svojoj subjektivnosti. Važno je razumeti prirodu ovih promena kako bi nam postalo jasno zašto institucionalne procedure i medicinske prakse, kao i tehnologija koja se u tom kontekstu pojavljuje, na žene imaju posledice kakve imaju. Sa jedne strane, medicinska znanja i tehnike mogu da se pojave kao sredstva za prevazilaženje situacije neizvesnosti ili, u dramatičnijem slučaju, raztelovljenja. Sa druge strane, analiza iskustava u prethodnim delovima rada ukazala nam je na to da ne samo da oni ponekad ne uspevaju da odigraju ovu posredničku ulogu, već da se često samo nadovezuju na započeti proces objektivizacije i otuđivanja i dodatno ga produbljuju.

U prethodnom odeljku pokušala sam da ukažem na to da otuđujući efekat nije posledica promene modaliteta iskustva, koje od otelovljenog i, naizgled, neposrednog, postaje tehnološki posredovano i takvo da neizostavno vodi objektivizaciji i izmeštanju nekih delova tela žene koji se pojavljuju na ekranu¹³⁷. Dakle, iako susret sa medicinom neizostavno podrazumeva objektivizaciju, to ne mora nužno da vodi negativnim ishodima

¹³⁷Ovo ne važi samo za ultrazvuk, kao jednu posebnu vrstu tehnologije. Tokom medicinskih procedura žena biva objektivizovana na različite načine pod autoritetom i ekspertizom drugih. Kako Fuko kaže: „Uslov lekarskog pogleda, njegova neutralnost, mogućnost pristupa objektu, ukratko, sam odnos objektivnosti, konstitutivan je za medicinsko znanje i kriterijum njegove validnosti“ (Fuko, 2005; str 13).

za ženu kao subjekta. Uostalom, kao što je već rečeno, sama žena inicira i učestvuje u objektivaciji sopstvenog tela veoma često tokom trudnoće i to za nju nema otuđujući efekat.

Takođe, otuđenju automatski ne vodi ni delegiranje nadležnosti i autoriteta do kojeg po pravilu dolazi u medicinskom kontekstu. Svakako je neophodno agencnost koncipirati kompleksnije od samostalnog oslanjanja na neposredovane kompetencije i uvide. U mnogim situacijama žene voljno prihvataju ulogu objekta medicinskog pogleda i aktivno učestvuju u njemu (kroz samo-nadgledanje i pripremu). Tokom trudnoće subjektivnost žene je značajno povezana sa projekcijom buduće bebe i staranje o njenom zdravlju i dobrobiti. Trudnoća se pojavljuje kao životni projekat o kome se žena aktivno stara, između ostalog, možda čak i pre svega, uz oslanjanje na medicinski okvir. Tada ostvarivanje ovog projekta može podrazumevati periode aktivne objektivacije tj. izlaganja sebe različitim dijagnostičkim metodama i medicinskim intervencijama kako bi se to omogućilo. U tim okolnostima medicinska tehnologija dobija funkciju nadgledanja, popravljanja i podržavanja životnog projekta žene kao subjekta.

Pa ipak, i situacija prenatalnih pregleda i situacija institucionalnog tretiranja porođaja mogu da budu, i za žene u našim uslovima često jesu, otuđujuća iskustva. Postavlja se pitanje pod kojim to uslovima se medicinska tehnologija pojavljuje kao nešto što ima redukcionistički i otuđujući efekat na subjektivnost, a pod kojim kao sredstvo koje tu subjektivnost posreduje i omogućava?

Podsetiću na uobičajenu konstelaciju ultrazvučnog pregleda u državnoj medicinskoj instituciji koja se može uzeti kao paradigmatičan slučaj otuđujućeg pojavljivanja tehnologije. Žena leži na stolu i unutrašnjost njenog stomaka je projektovana na ekranu. Lekar analizira tu sliku i ono što govori ne da nije upućeno ženi, nego aktivno ignoriše to što je žena svesna, budna i po pravilu veoma zainteresovana za ono što on ima da kaže i ne obazire se na efekat koji to može na nju da ima. Dakle, ponašanjem lekara subjektivnost žene je u potpunosti isključena i ona je svedena na telo na stolu, odnosno na jedan deo unutrašnjosti tog tela koji može da se vidi na ekranu. Stiče se utisak da lekar gleda i analizira neki izolovani objekat sasvim odvojen od bilo kakve i bilo čije subjektivnosti. Ovo

je paradigmatičan slučaj objektivizacije i parcijalizacije žene kojoj vodi brojnim negativnim ishodima po nju kao subjekta i to ne kao posledica nekih inherentnih osobina medicinske tehnologije, već kao posledica čitave mreže relacija u kojoj lekari i institucionalne norme igraju presudnu ulogu. Žena kao subjekt je u ovoj konstelaciji u potpunosti isključena i njoj je onemogućeno da učestvuje u objektivizaciji dela svog tela tj. onemogućeno joj je da poveže svoje otelovljeno i tehnološki posredovano iskustvo. Objektivizovani deo izgubio je bilo kakvu vezu sa ženom kao otelovljenim subjektom i to je ono što vodi otuđenju. Onemogućava se apropijacija tehnološke slike i tehnologija ne uspeva da bude nešto za ženu. Ona ostaje samo sredstvo koje služi osoblju i učestvuje u nekom vidu tretmana *nad* subjektom.

Suštinska za ovakav ishod je uloga lekara koji ne uspevaju da odigraju ulogu posrednika između žene i tehnologije. Ono što je neophodno jeste da se izgradi intersubjektivna situacija pregleda, u kojoj lekar i žena mogu zajednički da budu usmereni na neki deo sveta koji, tokom pregleda, koincidira sa delom tela žene. U tim okolnostima odnos sa drugim prestaje da bude otuđujući, a objektivizovani deo tela se za ženu pojavljuje kao neotuđeni aspekt njenog sopstvenog iskustva. Staranje o telu tokom trudnoće i porođaja na taj način je transformisano u zajednički projekat. Ovakva konstelacija svakako je prisutna, na primer, u Uninoj situaciji kućnog porođaja, gde babica, sama žena i njen partner savršeno koordinisano funkcionišu i učestvuju u porođaju. Ali, ovakva konstelacija situacije ne mora da bude povezana samo sa nemedicinskim kontekstom. Tanjino iskustvo carskog reza, koji je po prirodi izrazito desubjektivirajuća praksa, u njenom narativu nema ni najmanje takav prizvuk. Doktorka nju konsultuje kao ravnopravnog učesnika porođaja, raspituje se o njenim preferencijama i sa njom deli svoje dileme i razmišljanja. Postoji učestvovanje, zainteresovanost i dobra volja sa obe strane¹³⁸. Tako se ni konstelacija porođaja koja je najupečatljiviji izraz medicinskog modela, učešća tehnologije, i agensnosti lekara (carski rez je praktično operacija) za ženu ne pojavljuje kao ugrožavajuće i otuđujuće iskustvo, već pre svega kao nešto što joj omogućava ostvarenje životnih projekata (bezbedan porođaj, zdravu bebu).

¹³⁸U prilog tome govori čak i to što je doktorka slikala bebu odmah nakon rođenja i odnela Tanji nakon što se probudila iz anestezije fotografiju kako bi joj vratila deo iskustva koji je ona faktički propustila jer je bila bez svesti.

Paradigmatičan primer „okrivljavanja“ tehnologije, bez prepoznavanja čitave mreže u kojoj se ona javlja i vodi određenim ishodima, jeste sledeći citat Robi Dejvis-Flojd: „Kad lekar koristi 'low-tech' alatku kao što je stetoskop, on dodiruje pacijetkinju, obraća joj se, sluša sopstvenim ušima njene ili bebine otkucaje srca, tumači zvukove na osnovu sopstvenih telesnih opažaja, a dolaženje do dijagnoze najvećim delom zavisi od njegovih čula. Kada isti lekar koristi KAT (kompjuterizovani aksijalni tomografski skener) ili CTG, jedino mašina dodiruje pacijetkinju i u interakciji je sa njom tokom vršenja procedure. Uloga lekara jeste da interpretira mehanički posredovanje rezultate, koji se posmatraju kao objektivniji i pouzdaniji od njegovih opažaja. (Davies-Floyd, 2001: 4)“. Ona smatra da je pojava sofisticirane savremene tehnologije dovela do distanciranja između lekara i pacijenta i do nestanka nekih bliskijih modaliteta njihovog odnosa¹³⁹. Ipak, ne mislim da je magnetna rezonanca „kriva“ što lekari ne dodiruju pacijente i što ne razgovaraju sa njima. Pre će biti da je stetoskop bio „kriv“ što su ih dodirivali. Dodir nikada nije bio deo medicinskog modela, već praktična nužnost, puka istorijska kontingencija. To je postalo jasno onda kada je on nestao zajedno sa prestankom praktične neophodnosti. Ne bih da dovodim u pitanje terapijski značaj dodira, samo da istaknem da nije tehnologija „kriva“. I ne smatram da treba političku strategiju usmeriti na vraćanje jednostavnijih tehnologija – jer će uvek biti slučajeva u kojima one ne mogu da zamene sofisticiranija dijagnostička sredstva, već na promovisanje vantehnoloških aspekata nege uz racionalnu upotrebu postojećih tehnologija, koja bi se oslanjala na naučnu potvrdu efikasnosti u različitim slučajevima. Ovo naglašavam, jer se ispostavilo da su aspekti koji su u lokalnom institucionalnom okruženju za žene u najvećoj meri otuđujući i ugrožavajući zapravo oni koji su u drugim medicinskim sistemima odbačeni upravo na osnovu njihove empirijski potvrđene neefikasnosti, čak i štetnosti (npr. rutinsko administriranje indukcije ili epiziotomija). To znači da našim medicinskim institucijama u kojima vladaju zastarele prakse i konzervativni obrasci mišljenja i odnošenja pre nedostaje više, a ne manje, nauke i tehnologije.

¹³⁹U njenom prikazu očigledno je i privilegovanje, skoro fetišizacija, neposrednosti, odnosno čulnog naspram tehnološki posredovanog iskustva, koja se oslanja na pojednostavljenu reprezentaciju njihove dihotomije i međusobnog isključivanja, o čemu je već bilo reči.

Zaključak: distribuirana subjektivnost i uloga tehnologije

*"The pregnant subject, I suggest, is decentered, split, or doubled in several ways. She experiences her body as herself and not herself. Its inner movements belong to another being, yet they are not other (...) Pregnant existence entails, finally, a unique temporality of process and growth in which the woman can experience herself as split between past and future."
(Young, 2005: 45-46)*

U ovom radu nastojala sam da se čuvam zagovaranja bilo medicinskog bilo prirodnog modela trudnoće i porođaja. Umesto toga, težila sam da oslanjajući se na empirijske nalaze utvrdim na koji način se konkretne medicinske prakse i tehnike pojavljuju u lokalnim institucionalnim okolnostima i kakve to posledice ima po iskustvo i agensnost žena. Osnovni razlog da postupim na ovaj način jeste uverenje da drugačiji pristup podrazumeva esencijalizaciju kako žene koja prolazi kroz reproduktivne procese tako i medicinskog okruženja u kome se ovi procesi danas mahom odvijaju.

Zbog toga sam se trudila da prepoznam i uvažim složenost, varijabilnost i višeznačnost koja je karakteristika i samih žena kao otelovljenih subjekata i medicinskog konteksta. Sa jedne strane, regionalne varijacije i kontekstualna specifičnost upućuju na to da medicina nije koherentna celina, već mešavina navika, tehnika, mišljenja. U skladu sa tim, izazov je predstavljalo osvetljavanje lokalnih specifičnosti i svih kontradiktornosti koje sa sobom nosi praktična implementacija medicinskih načela iz knjiga i zvaničnih dokumenata. S druge strane, pokušala sam da uračunam kako određene kulturne specifičnosti savremenih žena, koje se tokom prolaska kroz trudnoću i porođaj najčešće nalaze u ulozi *pacijentkinja*, tako i njihove individualne karakteristike poput prethodnog životnog iskustva, znanja, očekivanja, odnosa prema sopstvenom telu, odnosa prema tehnologiji, toka trudnoće i mogućih komplikacija, prethodnih iskustava sa medicinskim institucijama itd.

U pokušaju da odredim u kojoj meri su konkretna iskustva žena otuđujuća ili osnažujuća, rukovodila sam se određenim, uglavnom široko prihvaćenim (i zdravorazumskim), kriterijumima. Tako sam kao indikatore poželjnih iskustava prolaska kroz trudnoću i porođaj tretirala uvažavanje preferencija žena, pristupačnost relevantnih informacija, to da žena ima izvesnu kontrolu nad celokupnim procesom ili njegovim

pojedinačnim delovima, negujući odnos medicinskog osoblja, bogatstvo iskustva itd. Ipak, i to na koji način se ovi kvaliteti konkretno ostvaruju nastojala sam da prepustim empiriji, uzimajući da to šta oni konkretno podrazumevaju zavisi upravo od lokalno specifičnog ukrštanja disperznih lokalnih mreža trudne žene i medicine. Svakako sam se oslanjala na to kako same žene procenjuju sopstveno iskustvo i koji je dominantan ton njihovih narativa. Odnosno, težila sam da ne gubim iz vida njihovu perspektivu.

Nalazi ovog istraživanja trebalo bi da ukazuju na to da ne postoji direktna veza između *tehnologizovanosti* reproduktivnih procesa i otuđujućih iskustava žena – uloga same tehnologije varira od slučaja do slučaja i u velikoj meri zavisi od netehnoloških aspekata reproduktivne situacije, među kojima je najistaknutiji institucionalni okvir, sa lekarima kao posrednicima u primeni tehnologije u njegovom središtu. Oni, utoliko, stoje u suprotnosti sa veoma negativnim stavom prema reproduktivnoj tehnologiji, na koji se često može naići u kritičkim tekstovima.

Često prepoznavanje medicinske tehnologije kao inherentno otuđujuće može se bar delom pripisati *modernim predrasudama o subjektivnosti*. Moderni subjekt je ograničen i konačan – on je jasno *razgraničen* od drugih subjekata, ali i objekata iz okruženja, ima stabilne kako psihičke tako i telesne granice prema (Hatgis, 2003; Venn, 1998). Ipak, subjektivnost žene koja prolazi kroz trudnoću i porođaj na različite načine očigledno *izneverava* ovaj kriterijum. Granica prema svetu se menja, jer njeno telo radikalno menja oblik i time pomera svoje granice. Ali mnogo značajnije od toga je problematizovanje razlike između spoljašnjeg i unutrašnjeg prostora. U njenom telu nalazi se drugo biće koje stiče sve veću autonomiju tokom trudnoće, a o kome se ona stara prvenstveno odnoseći se na određeni način prema svom telu, i time prema sebi. Ova situacija ima i specifične *moralne* posledice: „Trudna žena nalazi se u sred transformacije iz jednog u dva bića, koja sama nisu moralno nezavisna jedno od drugog, već su duboko i intimno međusobno povezana na složene, etički suptilne načine. Naši fetusi nisu nezavisni agenti, ali takođe nisu ni puki produžetak nas samih (Kukla, 2005: 137).“ Unutrašnje prisustvo fetusa koji je ipak, u nekom smislu, nezavisni agent, dovodi ženu i u specifičnu psihičku i fenomenološku situaciju. Na bebu ostavlja posledice i ono što se odvija u najintimnijem prostoru njenih

misli i emocija – zbog odgovornosti prema bebi njoj postaje „luksuz“ to da bude ljuta ili tužna. Subjektivnost trudne žene, ukratko, ne počinje tamo gde počinje njena koža.

Ali, njena subjektivnost ni ne prestaje tamo gde prestaje njena koža. Ona nije jedinstveni izvor niti svog znanja niti svog delanja i to, nasuprot tradicionalnom shvatanju, nije njeno kontingentno, već njeno suštinsko svojstvo. Jednako važi i u slučajevima u kojima je objekat znanja i delanja ona sama. Ali, nasuprot tradicionalnom shvatanju, upravo je *odgovarajuće* oslanjanje na „spoljašnje“ resurse nešto što uvećava, a ne nešto što umanjuje njenu agensnost, jer agensnost „ne podrazumeva 'slobodu od obaveza', već dobru povezanost“ (Latour, 2005: 218). Ovo je ključno kada se procenjuje uloga ne samo medicinske tehnologije nego tehnologije uopšte u iskustvu ljudi. Dok konkretna primena tehnologije tokom trudnoće i porođaja u raznim pojedinačnim slučajevima, posebno kada je reč o samom porođaju, često doprinosi otuđenju, upotreba tehnologije ne nosi sama po sebi otuđujuće posledice po iskustvo žena. Drugim rečima, ne treba „proglasiti nijednu reproduktivnu tehnologiju intrinzično lošom za ženu, niti nužno eugeničkom, zato što se u različitim okolnostima mogućnosti pojavljuju na različite načine. Kompleksnost koja karakteriše tehnologiju koja je na delu u različitim vremenima i na različitim mestima, sa različitim reagensima i sa različitim personalom, isprepletana je sa različitim političkim i ličnim pričama. Ambivalentnost u pogledu reproduktivnih tehnologija prerasla je u uvažavanje ljudi i objekata koji učestvuju u kompleksnoj zajedničkoj koreografiji, koja omogućava iskrsavanje neočekivanih agensnosti i političkih konfiguracija (Thompson, 2005: 23).“ Dakle, ne samo da upotreba reproduktivne tehnologije može da ima osnažujuće dejstvo omogućavajući ženama da budu agenti na određenim planovima na kojima pre pojave odgovarajuće tehnologije to nisu mogle da budu, već može i da doprinose bogatstvu iskustva i konstituisanju novih aspekata otelovljenog doživljavanja.

Iskustva trudnoće i porođaja nisu iskustva postojanih stanja stvari, već iskustva dinamičnih procesa, koji uključuju višestruko društveno i tehnološko posredovanje, i ne mogu se posmatrati u izolaciji. Ali, to važi i za druga životna iskustva, pa tako i za iskustva kroz koja prolaze muškarce srednjih godina, čija se subjektivnost u psihologiji tradicionalno uzima kao paradigma subjektivnosti uopšte. Umesto da se trudnička i porođajna subjektivnost posmatra kao specijalni slučaj ili odstupanje, ona treba da nam

posluži kao instruktivna i kada formulišemo psihološke teorije o onim subjektima čija procesualnost i distribuiranost nisu tako očigledne. Osim teorijskih, rekonceptualizacija subjektivnosti koja vodi drugačijem razumevanju uloge tehnologije ima i značajne praktično-političke posledice.

Prepoznavanje mogućnosti da u odgovarajućem aranžmanu tehnologija odigra pozitivnu ulogu za ženu koja prolazi kroz reproduktivne procese predstavlja i neizostavno polazište za borbu za unapređivanje uslova pod kojima se odvija reprodukcija danas. Smatram da prilagođavanje modela staranja o reprodukciji ne treba da se koncentriše oko pojma prirodnosti i „zaštite majke od veštačkih intervencija“, oko kojih se koncentriše model prirodnog porođaja. Nasuprot sklonosti zagovornica prirodnog porođaja da u veštačkim intervencijama vide opasnost po autentično žensko reproduktivno iskustvo, ne treba pretpostavljati „da nešto tako jednostavno kao što je igla epidurala može da ugrozi njeno majčinstvo“ (Kukla, 2005: 223). Na kraju, istinski prirodan porođaj se, ukoliko se naglasak stavi na artificijelne elemente koji se mogu javiti u okviru reproduktivnih procesa, može pojaviti kao nemogući „ideal“, jer se „čak i 'najprirodnije' reproduktivne prakse javljaju u kulturnom kontekstu, u kome su trudnoća, porođaj i majčinstvo regulisani, disciplinovani i nadgledani u svakom stadijumu (ibid.)“. Umesto ove strategije koja podrazumeva odbacivanje čitavog medicinskog okvira – a time i njegovih nesumnjivo korisnih aspekata, trebalo bi tragati za mogućnostima otpora i pozitivne promene koje su prisutne u trenutnoj situaciji. Verujem da pre svega kompleksna, suptilna i empirijski zasnovana slika reproduktivne realnosti savremenih žena, koja polazi od njihovog iskustva kao centralnog, može da nam otvori mogućnost da adekvatno procenimo ulogu medicinske tehnologije u njihovom doživljavanju i funkcionisanju, kao i da osmislimo opcije za promenu datog stanja. Ostaje mi da se nadam da ovde prikazana analiza predstavlja makar mali korak u tom pravcu.

Literatura

- Akrich, M. & Pasveer, B. (1998). We Deliver our Children - in Pain? U Brenna, B. & Law, J. (Ur.), *Machines, Agency and Desire* (str. 109-123). Oslo: TMV Report Series.
- Akrich, M. & Pasveer, B. (2000). Multiplying Obstetrics: Techniques of Surveillance and Forms of Coordination. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21, 63-83. doi: 10.1023/A:1009943017769
- Akrich, M. & Pasveer, B. (2004). Embodiment and Disembodiment in Childbirth Narratives. *Body and Society*, 10(2-3), 63-84. doi: 10.1177/1357034X04042935
- Arijes, F. (1989). *Eseji o istoriji smrti na Zapadu od srednjeg veka do današnjih dana*, Beograd: Rad.
- Arney, W. R., & Bergen, B. J. (1984). *Medicine and the Management of Living: Taming the Last Great Beast*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Bailham, D., & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine*, 8(2), 159-168. doi: 10.1080/1354850031000087537
- Barad, K. (2003). Posthumanist performativity: Toward an understanding of how matter comes to matter. *Signs* 28(3), 801-831.
- Barad, K. (2007). *Meeting the universe halfway: Quantum physics and the entanglement of matter and meaning*. Durham: Duke University Press
- Beckett, K. (2005). Choosing Cesarean: Feminism and the politics of childbirth in the United States. *Feminist Theory* 6(3), 251-275. doi: 10.1177/1464700105057363
- Benson, C. (2001). *The Cultural Psychology of Self: Place, morality and art in human worlds*. London: Routledge.
- Berg, M., & Akrich, M. (2004). Bodies on Trial: Performances and Politics in Medicine and Biology. *Body and Society*, 10(2-3), 1-12. doi: 10.1177/1357034X04042929
- Berg, M., & Mol, A. (1998). *Differences in medicine: unraveling practices, techniques, and bodies*. Durham: Duke University Press.
- Bergum, V. (1994). Commentary on The Epistemology of Expectant Parenthood. *Western Journal of Nursing Research* 16(6), 616-618.
- Bovoar, S. de (1982). *Drugi pol I: Činjenice i mitovi*. BIGZ, Beograd.
- Bovoar, S. de (1983). *Drugi pol II: Životno iskustvo*. Beograd: BIGZ.

- Bruner, J. (1991). The Narrative Construction of Reality. *Critical Inquiry* 18 (1), 1-21. doi: 10.1086/448619
- Camic, P. M., J. E. Rhodes & L. Yardley (2003). Naming the Stars: Integrating Qualitative Methodes into Psychological Research. U Camic, P. M., Rhodes, J. E., & Yardley, L. (ur.), *Qualitative Research in Psychology: Expanding Perspectives in Methodology and Design* (str. 3-15). Washington: APA.
- Cassam, Q. (2011). The embodied self. U Gallagher, S. (ur.), *The Oxford Handbook of the Self* (str. 139–156) Oxford: Oxford University Press.
- Caton, D. (1999). *What a blessing she had chloroform: The medical and social response to the pain of childbirth from 1800 to the present*. London: Yale University Press.
- Chadwick, R. (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.
- Chadwick, R. (2009) Between bodies, cultural scripts and power. *Subjectivity*, 27, 109-133. doi:10.1057/sub.2009.1
- Chakladar, A. & H. Adams (2009). Dangers of listening to the fetal heart at home. *BMJ*, 339: b4308
- Charmaz, K. (1995): Grounded Theory. U Smith, A. J., Harre, R. & van Langenhove, L. (ur.), *Rethinking Methods in Psychology*. London: Sage.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J. & Milgrom, J. (2009). My baby body: A qualitative insight into women's body-related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 330-345. doi: 10.1080/02646830903190904
- Clement, S., Wilson, J., & Sikorski, J. (1998): Woman's experiences of antenatal ultrasound scans. U Clement, S. (ur.), *Psychological perspectives on pregnancy and childbirth* (7-24). Edinburgh: Elsevier Science.
- Cole, M. (1996). *Cultural Psychology: A Once and Future Discipline*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Coole, D., & Frost, S. (2010). Introducing the New Materialisms. U Coole, D. & Frost, S., *New materialisms: ontology, agency, and politics*. Durham: Duke University Press.
- Csordas, T. J. (1994). *Embodiment and experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Cunningham, G. F., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., Spong, C. Y. (2010). *Williams Obstetrics* (23rd ed.) The McGraw-Hill Medical, New York.
- Cussins, C. (1996). Ontological choreography: Agency through objectification in infertility clinics. *Social Studies of Science*, 26(3), 575-610. doi: 10.1177/030631296026003004
- Čutura, N. (2005). Porodajni faktori. U: Plećaš, D., B. Stanimirović, A. Stanković & M. Vasiljević (ur.) *Ginekologija i akušerstvo: Udžbenik za studente medicine*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Daniel, S. L. (1986). The patient as text: A model of clinical hermeneutics. *Theoretical Medicine*, 7(2), 195-210. doi: 10.1007/BF00489230
- Davis-Floyd, R. (1987). Obstetric Training as a Rite of Passage. *Medical Anthropology Quarterly* 1(3), 288-318. doi: 10.1525/maq.1987.1.3.02a00050
- Davis-Floyd, R. (1993). The technocratic model of birth. U Hollis, S. T., Pershing, L., & M. Jane Young (ur.), *Feminist theory and the study of folklore* (str. 297-326). Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Davis-Floyd, R. (1994). The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Social Science and Medicine*, 38(8), 1125-1140. doi: 10.1016/0277-9536(94)90228-3
- Davis-Floyd, R (2001). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(1), S5-S23. doi: 10.1016/S0020-7292(01)00510-0
- Denmark, F. L., Klara, M., Baron, E., & Cambareri-Fernandez, L. (2008). Historical Development of the Psychology of Women. U Denmark, F. L. & M. A. Paludi (ur.), *Psychology of Women: A Handbook of Issues and Theories* (3-39). Connecticut: Praeger.
- DiQuinzio, P. (1999). *The impossibility of motherhood: Feminism, individualism, and the problem of mothering*. New York: Routledge.
- Dolezal, L. (2009). The Remote Body: The Phenomenology of Telepresence and Re-embodiment. *Human Technology* 5(2), 208-226.
- Duby, G. & Perrot, M. (ur.). (1992). *A History of Women in the West*. Harvard: Harvard University Press.

- Duden, Barbara (1991). *The woman beneath the skin: A doctor's patients in eighteenth-century Germany*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Duden, Barbara (1993). *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dumit, Joseph (2012). *Drugs for life: How Pharmaceutical Companies Define Our Helath*. Durham, NC: Duke University Press.
- Dunn, P. M. (1998). Henrick van Deventer (1651-1724) and the pelvic birth canal. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 79(2), F157-F158. doi:10.1136/fn.79.2.F157
- Eatough, V. & J.A. Smith (2008). Interpretative phenomenological analysis. U C. Willig i W. Stainton Rogers (ur.), *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology* (179-194). London: Sage.
- Endžier, N. (2010). *Žena: Intimna geografija*. Beograd: NNK Internacional.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engeström, Y. (1987). *Learning by Expanding: An Activity-Theoretical Approach to Developmental Research*. Orienta-Konsultit, Helsinki
- Everett, C. (1997). Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: Prospective study from general practice. *British Medical Journal*, 315 (7099), 32-34.
- Frank, A. W. (1997). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press.
- Fuko, M. (1997). *Nadzirati i kažnjavati: rođenje zatvora*. Beograd: Prosveta.
- Fuko, M. (2005). *Psihijatrijska moć*. Novi Sad: Svetovi.
- Fuko, M. (2009). *Rađanje klinike*. Novi Sad: Mediterran Rublishing.
- Gadow, S. (1980). Body and Self: A Dialectic. *Journal of Medicine and Philosophy*, 5(3), 172-185. doi: 10.1093/jmp/5.3.172
- Gallagher, S. (2005). *How the Body Shapes the Mind*. Oxford: Clarendon Press.
- Gallagher, S., & Zahavi, D. (2008). *The phenomenological mind: An introduction to philosophy of mind and cognitive science*. New York: Routledge.
- Gannon, L. (1998). The impact of medical and sexual politics on women's health. *Feminism and Psychology*, 8(3), 285-302. doi: 10.1177/0959353598083004

- Gergen, K. (2009). *Relational being: Beyond self and community*. Oxford: Oxford University Press.
- Gerson, M., Alpert, J. L., & Richardson, M. S. (1984). *Mothering: The View from Psychological Research*. *Signs*, 9(3), 434-453. doi: 10.1086/494070
- Ginsburg, F., & Rapp, R. (1991). The Politics of Reproduction. *Annual Review of Anthropology*, 20, 311-343. doi: 10.1146/annurev.an.20.100191.001523
- Giorgi, A. & B. Giorgi (2003). The descriptive phenomenological psychological method. U Camic, P. M., J. E. Rhodes & L. Yardley (ur.), *Qualitative Research in Psychology: Expanding Perspectives in Methodology and Design* (str. 243-273). Washington: APA.
- Gloger-Tippelt, G. (1983). A process model of the pregnancy course. *Human Development*, 26(3), 134-148. doi: 10.1159/000272877
- Goer, H. (1995). *Obstetric myths versus research realities*. Westport: Greenwood Publishing Group
- Gough, B., & A. Madill (2012). Subjectivity in psychological science: From Problem to Prospect. *Psychological Methods*, 17(3), 374-384. doi: 10.1037/a0029313
- Gracia C. R., Sammel, M. D., Chittams, J., Hummel, A. C., Shaunik, A., & Barnhart, K. T. (2005). Risk factors for spontaneous abortion in early symptomatic first-trimester pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5/1), 993-999. doi: 10.1097/01.AOG.0000183604.09922.e0
- Graham, I. D. (1997). *Episiotomy: Challenging obstetric interventions*. Oxford: Blackwell Science.
- Green, H. Monica (2008a). Making women's medicine masculine: The rise of male authority in Pre-Modern gynaecology. Oxford: Oxford University Press.
- Green, H. Monica (2008b). Gendering the history of women's healthcare. *Gender & History*, 20(3), 487-518. doi: 10.1111/j.1468-0424.2008.00534.x
- Gross, H., & Pattison, H. (2007). *Sanctioning pregnancy: A psychological perspective*. New York: Routledge.
- Gudović, M. (2013). Crtica – epiziotomija. U Vilenica, A. (ur.) *Postajanje majkom u vreme neoliberalnog kapitalizma* (str. 250-253). Beograd: (uz)bu))na))).
- Halfon, S. (2010). Encountering birth: Negotiating expertise, networks, and my STS self. *Science as Culture* 19(1), 61-77. doi: 10.1080/09505430903558062

- Haraway, D. (1991a). A cyborg manifesto: Science, technology, and socialist-feminism in the late twentieth century. U Haraway, D., *Simians, cyborgs and women: the reinvention of nature*. New York: Routledge.
- Haraway, D. (1991b). Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. U Haraway, D., *Simians, cyborgs and women: the reinvention of nature*. New York: Routledge.
- Haraway, D. (1991c). The biopolitics of postmodern bodies: Constitutions of self in immune system discourse. U Haraway, D., *Simians, cyborgs and women: the reinvention of nature*. New York: Routledge.
- Harré, R. (2001). Metaphysics and narrative: Singularities and multiplicities of self. U Brockmeier, J., & Carbaugh, D. (ur.), *Narrative and identity: Studies in autobiography, self and culture*. Amsterdam: John Benjamins Publishing.
- Hatgis, C. (2001). Agency and the Deconstructed Subject. U Stephenson, N., Radtke, H. L., Jorna, R., & Stam, H. J. (ur.), *Theoretical psychology: Critical Contributions*. Toronto: Captus University Publications.
- Holland, S. E. (1951). The princess Charlotte of Wales: A triple obstetric tragedy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, Vol. 58(6), 905–919.
- Hubbard, R. (1997). *The politics of women's biology*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Ihde, D. (2002). *Bodies in technology*. Minneapolis, MN, USA: University of Minnesota Press.
- Draper, J. (2002). 'It was a real good show': The ultrasound scan, fathers and the power of visual knowledge. *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 771–795. doi: 10.1111/1467-9566.00318
- Jordan, Brigitte (1993). *Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. US: Waveland Press.
- Jovanović, G. (1997). *Frojd i moderna subjektivnost*. Novi sad: Svetovi; Beograd: Institut za psihologiju.
- Jovanović, G. (2012). *Interpretativni svetovi psihologije*. Beograd: Plato.
- Kaptelinin, V. & Nardi, B. A. (2006). *Acting with Technology: Activity Theory and Interaction Design*. Cambridge: The MIT Press.
- Kastratović-Kotlica, B. (2005). Dijagnoza trudnoće, nadzor trudnice i metode praćenja stanja ploda. U Plećaš, D., B. Stanimirović, A. Stanković, & M. Vasiljević (ur.),

Ginekologija i akušerstvo: Udžbenik za studente medicine. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.

King, H. (1998). *Hippocrates' woman: Reading the female body in Ancient Greece.* London: Routledge.

King, H. (2007). *Midwifery, obstetrics and the rise of gynaecology: The uses of sixteenth-century compendium.* Aldershot: Ashgate Publishing.

Kitzinger, S. (2006). *Birth crisis.* New York: Routledge.

Kontopodis, M. (2012). How things matter in everyday lives of preschool age children: Material-semiotic investigations in psychology and education. *Journal für Psychologie*, 20(1), 1-14.

Kontopodis, M., Beck, S., & Niewöhner, J. (2010). Investigating emerging biomedical practices: Zones of awkward engagement on different scales. *Science Technology Human Values* 36(5), 599-615. doi: 10.1177/0162243910392798

Kristeva, J. (1990). Motherhood according to Giovanni Bellini. U Thompson, J. M. (ur.), *Twentieth century theories of art* (str. 441-467). Ottawa, Canada: Carleton University Press.

Kristeva, J. (2011). *Neverovatna potreba da verujemo.* Beograd: Službeni glasnik.

Kukla, R. (2005). *Mass hysteria: Medicine, culture and mothers' bodies.* Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.

Kukla, R. (2008). Measuring Mothering, *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 1(1), 67-90. doi: 10.2979/FAB.2008.1.1.67

Kuriyama, S. (1999). *The expressiveness of the body and the divergence of Greek and Chinese medicine.* New York: Zone Books.

Larkin, M., S. Watts, & E. Clifton (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 102-20. doi: 10.2979/FAB.2008.1.1.67

Latour, B. (1987). *Science in action: How to follow scientists and engineers through society.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Latour, B. (1991). Technology is society made durable. U Law, J. (ur.), *A sociology of monsters: Essays on power, technology, and domination* (str. 103-131). London: Routledge.

- Latour, B. (1993). *We have never been modern*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Latour, B. (1994). On technical mediation—philosophy, sociology, genealogy. *Common Knowledge* 3(2), 29–64.
- Latour, B. (1999). On recalling ANT. U Law, J. & Hassard, J. (ur.), *Actor-network theory and after* (15-25). Oxford: Blackwell Publishing,
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: An introduction to Actor-network theory*. New York: Oxford University Press.
- Latour, B., & Woolgar, S. (1986). *Laboratory life: The construction of scientific facts*. New Jersey: Princeton University Press.
- Law, J. (1992). Notes on the theory of the actor-network: Ordering, strategy and heterogeneity. *Systemic Practice and Action Research*, 5(4), 379-393. doi: 10.1007/BF01059830
- Law, J. (1999): After ANT: complexity, naming and topology. In Law, J. & Hassard, J. (Eds.) *Actor Network Theory and After*. Blackwell Publishing, Oxford.
- Law, J. (2002). *Aircraft stories: Decentering the object in technoscience*. Durham & London: Duke University Press.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Leder, D. (1992). A tale of two bodies: The cartesian corpse and the lived body. U Leder, D. (ur.), *The Body in Medical Thought and Practice* (str. 17-36). Kluwer Academic Publishers.
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs* 95, 55-96.
- Leifer, M. (1980). Pregnancy. *Signs*, 5(4), 754-765.
- Leontyev, A. N. (1978). Activity, Consciousness, and Personality. Marksistička internet arhiva (dostupno na <http://www.marxists.org/archive/leontev/works/1978/index.htm>, pristupljeno 14. 5. 2010)
- Lock, M., Young, A., & Cambrosio, A. (2000). *Living and Working with the New Medical Technologies: Intersections of Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Laqueur, T. W. (1990). *Making sex: Body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Lemieux, K. L. (2006). 13 short pieces, but not the whole [t]ruth. *Hypatia*, 21(1), 74-79. doi: 10.1353/hyp.2005.0144
- Lorentzen, J. M. (2008). 'I Know My Own Body': Power and Resistance in Women's Experiences of Medical Interactions. *Body and Society*, 14(3), 49-79. doi: 10.1177/1357034X08093572
- Loudon, I. (1992). *Death in childbirth: an international study of maternal care and infant mortality, 1800-1950*. Oxford: Clarendon Press.
- Lewis, G. W., & McCaffery, P. (2004). Sociological Factors Affecting the Medicalization of Midwifery. U Van Teijlingen, E. R., Lewis, G. W., McCaffery, P., & Porter, M. (ur.), *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives* (str. 5-42). New York: Nova Science Publishers.
- Lyerly, A. D., Michell, L. M., Armstrong, E. M., Harris, L. H., Kukla, R., Kuppermann, M., et al. (2009). Risk and the pregnant body. *Hasting Center Report*, 39(6), 34-42. doi: 10.1353/hcr.0.0211
- Lyerly, A. D., Armstrong, E. M., Harris, L. H., Kukla, R., Kuppermann, M., Little, M. O., Mitchell, L. M. (2007). Risks, Values, and Decision Making Surrounding Pregnancy, *Obstetrics & Gynecology*, 109(4). doi: 10.1097/AOG.0b013e3181888fd8
- Lyons, S. (1998). A prospective study of post traumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 16(2/3), 91-106. doi: 10.1080/02646839808404562
- Maher, J. (2007). The painful truth about birth?: Contemporary discourses of caesareans, risk and the realities of pain. Presented at the Australian Sociological Association (TASA) 2007 Conference. Preuzeto sa: <http://www.tasa.org.au/conferences/conferencepapers07/papers/19.pdf> (22.5.2014.)
- Marecek, J. (2003). Dancing Through Minefields: Toward a Qualitative Stance in Psychology. U Camic, P. M., J. E. Rhodes, & L. Yardley (ur.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (49-69). Washington: APA.
- Marecek, J., Kimmel, E. B., Crawford, M., & Hare-Mustin, R. (2003). Psychology of women and gender. U Freedheim D. K., & Weiner, I. B. (ur.), *Handbook of psychology vol. 1: History of Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Martin, E. (1984). Pregnancy, labor and body image in the United States. *Social Science & Medicine* 19(11), 1201-1206. doi: 10.1016/0277-9536(84)90371-X

- Martin, E. (1992). *Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Martin, E. (1996), Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn. *Barbara Duden*. Lee Hoinacki, trans. *Medical Anthropology Quarterly* 10: 307–309. doi: 10.1525/maq.1996.10.2.02a00150
- Martin, K. A. (2003). Giving birth like a girl. *Gender & Society* 17(1), 54-72. doi: 10.1177/0891243202238978
- McClive, C. (2002). The hidden truths of the belly: The uncertainties of pregnancy in early modern Europe. *Social History of Medicine*, 15(2), 209–227. doi: 10.1093/shm/15.2.209
- McGrath, J. E., & B. A. Johnson (2003). Methodology makes meaning: How both qualitative and quantitative paradigms shape evidence and its interpretation. U Camic, P. M., Rhodes, J. E., & Yardley, L. (ur.), *Qualitative research in psychology: expanding perspectives in methodology and design* (str. 31-48). Washington: APA.
- McGrath, R. (2002). *Seeing her sex: Medical archives and the female body*. Manchester: Manchester University Press.
- McLaren, A. (1999). *Twentieth-century sexuality: a history*. Oxford: Blackwell Publishing.
- McTavish, L. (2005). *Childbirth and the display of authority in early modern France*. Aldershot: Ashgate Publishing.
- Merleau-Ponty, M. (1990). *Fenomenologija percepcije*. Sarajevo: Veselin Masleša - Svjetlost.
- Merlo-Ponti, M. (1975). Telo kao izraz i reč. U Damnjanović, M. (ur.), *Fenomenologija* (str. 314-349). Beograd: Nolit.
- Michaelson, K. (ur). (1988). *Childbirth in America: anthropological perspectives*. Massachusetts: Bergin & Gavey Publishers.
- Miettinen, R (1999). The riddle of things: Activity theory and actor-network theory as approaches to studying innovations. *Mind, Culture and Activity*, 6(3), 170-195. doi: 10.1080/10749039909524725
- Milošević, B., Rajhvajn B., & Berić B. (1988). *Porodiljstvo: Udžbenik za studente medicine*. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga.
- Mladenović, D., Mladenović-Bogdanović, Z., & Mladenović-Mihailović, A. (2008). *Ginekologija i akušerstvo*. Beograd: Zavod za udžbenike.

- Mol, A. (1999). Ontological Politics. A Word and Some Questions; U Law, J. & Hassard, J. (ur.), *Actor Network Theory and After* (str. 74-89). Oxford: Blackwell Publishing.
- Mol, A. (2000). Pathology and the clinic: an ethnographic presentation of two atheroscleroses. U Lock, M., Young, A., & Cambrosio, A. (ur.), *Living and working with the new medical technologies: Intersections of inquiry* (str. 82-102). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
- Mol, A. (2008). I eat an apple: On theorizing subjectivities. *Subjectivity* 22, 28-37. doi: 10.1057/sub.2008.2
- Mol, A., & Law, J. (2004). Embodied action, enacted bodies: The example of hypoglycaemia. *Body and Society*, 10(2-3), 43-62. doi: 10.1177/1357034X04042932
- Momčilov, P. (2005). Normalni porođaj. U Plećaš, D., B. Stanimirović, Stanković, A., & Vasiljević, M. (ur.), *Ginekologija i akušerstvo: Udžbenik za studente medicine*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Morawski, J. (2000). Just One more 'Other' in psychology? *Theory & Psychology* 10(1), 63-70. doi: 10.1177/0959354300010001600
- Moscucci, O. (1990). *The science of woman: Gynaecology and gender in England 1800-1929*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mullin, A. (2005). *Reconceiving pregnancy and childcare: ethics, experience, and reproductive labor*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nicolson, P. (1998). *Post-natal depression: Psychology, science and the transition to motherhood*. New York: Routledge.
- Nicolson, P. (2010). What is 'psychological' about 'normal' pregnancy? *Psychologist*, 23(3), 190-193.
- Oakley, A. (1979). A case of maternity: Paradigms of women as maternity cases. *Signs*, 4(4), 607-631.
- Ochs, E., & L. Capps (1996). Narrating the self. *Annual Review of Anthropology*, 25, 19-43. doi: 10.1146/annurev.anthro.25.1.19
- Odabrani zdravstveni pokazatelji za 2011. Godinu (2012). Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut"

- O'Dowd, M. J., & Phillip, E. E. (1994). *The History of Obstetrics & Gynaecology*. New York: The Parthenon Publishing Group.
- O'Reilly, A. (2004). From motherhood to mothering: The legacy of Adrienne Rich's 'Of Woman Born'. Albany: State University of New York Press.
- Pelling, M., & Webster, C. (1979). Medical practitioners. U Webster, C. (ed.), *Health, Medicine and Mortality in the Sixteen Century* (str. 164-235). Cambridge: Cambridge University Press.
- Philipp, D. A., & Carr, M. L. (2001). Normal and medically complicated pregnancies. U Stotland, N., & Stewart, D. E. (ur.) *Psychological aspects of women's health care: The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology* (13-32). Washington: American Psychiatric Press.
- Plath, S. (2006). *The Bell Jar*. Harper Perennial Modern Classics.
- Platon (1995). *Timaj*. Vrnjačka Banja: Eidos.
- Plećaš, D., Stanimirović, B., Stanković, A., & Vasiljević, M. (2005). *Ginekologija i akušerstvo: Udžbenik za studente medicine*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Polkinghorne, D. (1990). Language and qualitative research. *Theoretical & Philosophical Psychology*, 10(2), 3-24. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.137
- Porter, R. (2002). *Blood and guts: A short history of medicine*. London: Allen Lane.
- Porter, R. (2003). *Flesh in the Age of Reason*. New York & London: W.W. Norton & Company
- Reid, K., Flowers, P. & Larkin M. (2005). Exploring lives experience. *Psychologist*, 18(1), 20-23.
- Rich, A. (1986). *Of woman born: Motherhood as experience and institution*. New York: Norton & Company.
- Ristić, Lj. (2001). *Praktično porođiljstvo*. Beograd: Freemental.
- Rothman, B. K., (1993). Recreating motherhood: American lessons for the Netherlands. *Nemesis* 9(4), 123-130.
- Rothman, B. K., Norman, B. M., & Simonds, W. (2007). *Laboring On: Birth in Transition in the United States* New York: Routledge.

- Sandelowski, M., & Black, B. P. (1994). The Epistemology of Expectant Parenthood. *Western Journal of Nursing Research*, 16(6), 601-614. doi: 10.1177/019394599401600602
- Sartr, Ž. P. (1984). *Biće i ništavilo: Ogled iz fenomenološke ontologije*. Beograd: Nolit.
- Savage, W. (2003). Professional control or women's choice in childbirth? Is either possible? U Boswell, G. & Poland, F. (ur.), *Women's minds, women's bodies: Interdisciplinary approaches to women's health* (str. 103-115). New York: Palgrave Macmillan.
- Scarry, E. (1985). *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*. New York: Oxford University Press.
- Shaw, J. (2012). The Birth of the Clinic and the advent of reproduction: Pregnancy, pathology and the medical gaze in modernity. *Body & Society*, 18(2), 110-138. doi: 10.1177/1357034X10394666
- Shorter, Edward. (1991). *Women's bodies: A social history of women's encounter with health, ill-health and medicine*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Sims-Schouten, W., & Riley, S. (2007). Critical realism in discourse analysis: A presentation of a systematic method of analysis using women's talk of motherhood, childcare and female employment as an example. *Theory and Psychology*, 17(1), 101-124. doi: 10.1177/0959354307073153
- Smit, Dž. K. (2005). Hermeneutika i kvalitativno istraživanje. *Pedagogija*, 3, 315-330.
- Smith, J. A. (1994). Reconstructing selves: an analysis of discrepancies between women's contemporaneous and retrospective accounts of the transition to motherhood. *British Journal of Psychology*, 85, 371-392. doi: 10.1111/j.2044-8295.1994.tb02530.x
- Smith, J. A. (1995). Semi-structured interviewing and qualitative analysis. U Smith, J.A., Harré, R., & van Langenhove, L. (ur.), *Rethinking Methods in Psychology* (str. 9-26). London: Sage.
- Soet, J., Brack, G., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x
- Spasić, I. (2007). Bruno Latur, Akteri-mreže i kritika kritičke sociologije. *Filozofija i Društvo*, 18(2): 43-73.
- Spencer, H. R. (1927). *The History of British Midwifery from 1650 to 1800*. London: John Bale, Sons & Danielsson.

- Spinuzzi, C. (2008). *Network: Theorizing knowledge work in telecommunications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Squier, S. (1996). Fetal subjects and maternal objects: Reproductive technology and the new fetal/maternal relation. *Journal of Medicine and Philosophy* 21, 515-535. doi: 10.1093/jmp/21.5.515
- Stanković, B. (2013). Medical practice in transition: The case of serbian maternity care services and their users. U Popovic, L., Vidakovic, M., & Kostic, Dj. (ur.), *Resources of Danubian Region: The possibility of cooperation and utilization*. Beograd: Humboldt-Club Serbien.
- Stanojević, D. (2005). Epiziotomija. U Plećaš, D., Stanimirović, B., Stanković, A., & Vasiljević, M. (ur.), *Ginekologija i akušerstvo: Udžbenik za studente medicine*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Stanton, A., Lobel, M., Sears, S., & DeLuca, R. (2002). Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 751-770.
- Stewart, M. (2004). *Pregnancy, birth, and maternity care: feminist perspectives*. Edinburgh: Elsevier Science.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Szasz, T.S., & Hollander, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97, 585-592. doi: 10.1001/archinte.1956.00250230079008
- Taylor, J. S. (2008). *The Public Life of the Fetal Sonogram~Technology, Consumption, and the Politics of Reproduction*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Thompson, C. (2005). *Making parents: The ontological choreography of reproductive technologies*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Tone, A. (2012). Medicalizing Reproduction: The pill and home pregnancy tests. *Journal of Sex Research*, 49(4), 319-327. doi: 10.1080/00224499.2012.688226
- Treichler, P. (1990). Feminism, medicine and the meaning of childbirth. U Jacobus, M., Keller E. F., & Shuttleworth, S. (ur.), *Body/politics: Women and the discourses of science* (113-138). New York: Routledge.

- Turkel, K. D. (1995). *Women, power, and childbirth: A case study of a free-standing birth center*. Westport: Greenwood Publishing Group.
- Turner, B. S. (1992). *Regulating bodies: essays in medical sociology*. London: Routledge.
- Unger, R. K. (2001). Women as Subjects, Actors, and Agents in the History of Psychology. U Unger, R. K. (ur.), *Handbook of the psychology of women and gender* (str. 3-16). New York: John Wiley & Sons.
- Uredba o nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine (2009). Službeni glasnik RS, br. 28
- Ussher, J. (1990). Choosing psychology or Not throwing the baby out with the bathwater. U Burman, E. (ur.), *Feminists and psychological practice* (str. 47-61). London: Sage.
- Ussher, J. (2008). Reclaiming embodiment within critical psychology: A material-discursive analysis of the menopausal body. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1781–1798. doi: 10.1111/j.1751-9004.2008.00151.x
- Valentine, D. (1982). The experience of pregnancy: A developmental process. *Family Relations*. 31(2), 243-248.
- Valsiner, J. (1997). *Čovekov razvoj i kultura*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Valsiner, J. (2004): Three Years Later: Culture in Psychology – Between social positioning and producing new knowledge, *Culture & Psychology* 10, 5-27. doi: 10.1177/1354067X04040925
- van der Ploeg, I. (2004). 'Only angels can do without skin': On reproductive technology's hybrids and the politics of body boundaries, *Body & Society*, 10(2-3), 153-181. doi: 10.1177/1357034X04042941
- van Langenhove, L. & Harré, R. (1999). Introducing positioning theory. U Harré, R. & van Langenhove, L. (ur.), *Positioning Theory: Moral Contexts of International Action*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Venn, C. (). The subject of psychology. U Henriques, J., Hollway, W., Urwin, C., Venn, C., & Walkerdine, V. (ur.), *Changing the subject: Psychology, social regulation and subjectivity* (str. 115-147).
- Walker, M. B. (1998). *Philosophy and the maternal body: Reading silence*. New York: Routledge.

- Weisstein, N. (1968). *Kinder, Kuche, Kirche as Scientific Law: Psychology Constructs the Female*. Boston: New England Free Press. (dostupno na <http://www.cwluherstory.com/psychology-constructs-the-female.html>)
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology*. McGraw-Hill: Open University Press.
- Wilson, A. (2003). Participant or patient? Seventeenth century childbirth from the mother's point of view. U: Porter, R. (ur.), *Patients and practitioners: Lay perceptions of medicine in pre-industrial society* (129-44). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wilson, E. A. (1998). *Neural geographies: Feminism and the microstructure of cognition*. New York: Routledge.
- Woollett, A., & Marshall, H. (1997). Discourses of pregnancy and childbirth. U Yardley, L. (ur.), *Material discourses of health and illness* (str. 176-198). London: Routledge.
- Yardley, L. (1996). Reconciling discursive and materialist perspectives on health and illness: A reconstruction of the biopsychosocial approach. *Theory & Psychology*, 6(3): 485-508. doi: 10.1177/0959354396063008
- Yardley, L. (1997). Introducing material-discursive approaches to health and illness. U Yardley, L. (ur.), *Material discourses of health and illness* (str. 1-24). London: Routledge.
- Young, I. M. (2005): Pregnant embodiment: Subjectivity and alienation. U *On female body experience: 'Throwing like a girl' and other essays* (str. 46-61). New York: Oxford University Press.
- Zdravstvena zaštita žena u toku trudnoće: nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (2005). Ministarstvo zdravlja Republike Srbije
- Zerilli, L. M. G. (1992). A Process without a subject: Simone de Beauvoir and Julia Kristeva on Maternity. *Signs*, 18(1): 111-135. doi: 10.1086/494781

Prilozi

Prilog A

Okvirni spisak tema za predporođajni intervju

Uvodni deo prvog intervjua (10-15 min.):

- predstavljanje istraživanja (teme, ciljeva, očekivanja od ispitanice itd.)
- opšta pitanja (godište, obrazovanje, zanimanje, partnerski odnosi, svakodnevne aktivnosti)
- specifična pitanja vezana za trudnoću (prethodne trudnoće, želja da se ima dete, planiranje i pripreme za trudnoću itd.)

Glavni deo prvog intervjua (oko 90-120 minuta)

U toku intervjua treba obuhvatiti sledeće grupe tema (kod svih tema podsticati što detaljnije opise, posebno kada je reč o telesnom iskustvu):

- *Početak trudnoće:* kako je saznala da je trudna, na osnovu čega je posumnjala i na šta se oslonila pri proceni
- *Opis iskustava tokom trudnoće koja se tiču telesnih stanja i promena:*
 - pojava prvih simptoma (pospanost, mučnina, otekle grudi itd.);
 - promena oblika tela tokom trudnoće, porast težine, izmenjena pokretljivost;
 - telesna stanja na kraju trudnoće (zamaranje, pritisak koji beba vrši, promene obrazaca spavanja i kretanja)

Ispitati detaljno kako je sagovornica doživela ove promene, kako je reagovala na njih i kako je to uticalo na njen svakodnevni život.

- *Doživljaj fetusa* i promene tog iskustva tokom trudnoće – od kada je prvi put jasno osetila pokrete (i kako ih je prepoznala), do toga da li prepoznaje neku pravilnost u tim pokretima i kako na svakodnevnom nivou oseća prisustvo bebe
- *Opis susreta sa medicinskim praksama i tehnikama* – od prvog lekarskog pregleda (kada žena dobija potvrdu da je trudna), preko različitih tehnika prenatalne dijagnostike kojima se trudnoća nadgleda i prati (posebno detaljno ispitati iskustva ultrazvučnih pregleda), pa sve do CTG pregleda u poslednjem mesecu trudnoće.

Ispitati kako konkretno izgledaju pregledi, kako se žena oseća, na koji način se tehnologija za nju pojavljuje i kakva je raspodela uloga (nadležnosti, odgovornosti) između žene i medicinskog osoblja.

- *Pripreme za porođaj:* da li žena ide na psihofizičke pripreme za porođaj, da li se priprema na neki drugi način, da li planira porođaj pod epiduralom (na osnovu čega donosi tu odluku) i kakva su generalno njena očekivanja od porođaja i razmišljanja o njemu.

Prilog B

Okvirni spisak tema za postporođajni intervju

Uvodni deo drugog intervjuja (10-15 min.):

- kako je protekao period od prvog intervjuja do porođaja – kako se žena osećala pred porođaj – posebno s obzirom na telesno stanje; kakva su njena iskustva pregleda u porodilištu?

Glavni deo drugog intervjuja (oko 90-120 minuta)

Na početku treba dati uputstvo da mi *ispričaju svoj porođaj od početka do kraja*. U toku intervjuja svakako treba obuhvatiti sledeće grupe tema (kod svih tema podsticati što detaljnije opise, posebno kada je reč o telesnom iskustvu):

- *Početak porođaja*: na osnovu čega je procenila da porođaj počinje; na šta se sve oslanjala prilikom procene; kako je donosila odluke i reagovala na telesne simptome ukoliko su bili nejasni itd.
- *Opis toka porođaja u porodilištu, posebno s obzirom na intervencije kojima je žena podvrgnuta, tehnika koje su korišćene, i ponašanje osoblja*:
 - podstaći detaljan opis „protoka“ kroz porodilište od samog prijema (pregled, ponašanje lekara, informacije koje dobija), pripremljenih radnji (brijanje, klistir), do odlaska u porođajnu salu;
 - kako izgleda prostor, raspored porođajnih stolova, ko je sve prisutan, kakvo je ponašanje drugih žena koje se porođaju;
 - kakvim intervencijama je podvrgnuta i koje tehnike/medikamenti su korišćeni: davanje infuzije, indukcije, epidurala, analgetika; probijanje vodenjale, ručna dilatacija; pritiskanje stomaka u fazi napona; korišćenje forcepsa ili vakuma na kraju porođaja;
 - da li se koristi CTG za praćenje porođaja
 - da li mogla da se osloni na neka od znanja i tehnika koje je usvojila na psihofizičkim pripremama;
 - kako se ponaša osoblje: da li je informiše, obilazi, pregleda; kakav odnos ima prema njoj i drugim porođajnicama.
- *Opis iskustava tokom porođaja koja se tiču telesnih stanja i promena*:
 - opis kontrakcija – kako su ih doživljavale; tok i dinamika kontrakcija; kako su se nosile sa njima i da li su se oslanjale na neke tehnike;
 - opis napona – da li su ih i kako prepoznale; kako su ih doživljavale; kako su reagovala na njih;
 - telesni doživljaj na kraju porođaja – iskustvo izlaženja bebe i posteljice, kako su se osećale nepredvidivo nakon toga;
 - kakvo je bilo njihovo telesno iskustvo različitih medicinskih intervencija tokom porođaja;
 - kako su se osećale nakon porođaja, tokom boravka u bolnici; poseban akcenat stavi na ranu od epiziotomije.

Ispitati detaljno kako je sagovornica doživela ove promene, kako je reagovala na njih i kako je to uticalo na njenu funkcionalnost – i tokom samog porođaja i nakon njega (posebno pokretljivost, staranje o bebi, dojenje).

Prilog C

Obrazac za pismenu saglasnost

PISMENA SAGLASNOST ZA UČESTVOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Naziv istraživanja: "Distribuirana subjektivnost u trudnoći: self, telo i medicinska tehnologija"

Ime istraživača: Biljana Stanković

Ovim potpisom potvrđujem da sam razumela prirodu i svrhu istraživanja, kao i način prikupljanja i korišćenja podataka, i da sam saglasna da u ovom istraživanju učestvujem.

IME (nije neophodno puno ime i prezime)

POTPIS

KONTAKT (neophodan je kako bismo se dogovorile oko organizovanja drugog intervjua nakon porođaja)

Prilog D

Informacije za učesnice u istraživanju

INFORMACIJE ZA UČESNICE U ISTRAŽIVANJU

Šta su tema i cilj istraživanja?

Istraživanje se bavi time kako žene doživljavaju trudnoću i porođaj i posebno se fokusira na dve teme – doživljaje telesnih stanja i promena i iskustva sa medicinskim praksama i tehnikama koje su uključene u praćenje i vođenje trudnoće i porođaja.

Cilj istraživanja je bolje razumevanje psiholoških aspekata trudnoće i porođaja, posebno uloge koju medicinska znanja, prakse i tehnike imaju u tome kako žena doživljava sebe i svoje telo tokom ovog perioda burnih promena.

Ko sprovodi istraživanje?

Biljana Stanković, psiholog i student doktorskih studija na Odeljenju za psihologiju Filozofskog fakulteta u Beogradu.

Kontakt: 064/238-22-57; billjana.stankovic@gmail.com

Kako izgleda samo istraživanje i šta se od Vas očekuje?

Od Vas će se očekivati da sa mnom obavite *dva razgovora* – *prvi tokom trudnoće, a drugi nakon porođaja*. Tokom tih razgovora pitaću Vas da mi opišete različita iskustva i događaje kroz koje ste prolazili tokom perioda trudnoće ili tokom trajanja samog porođaja. Interesovaće me kako ste reagovali, šta ste mislili i kako ste se osećali u tim trenucima. Posebno ćemo se usmeriti na Vaša iskustva koja se tiču *telesnih stanja i promena* (kao što su pojava prvih neugodnih simptoma poput mučnine, pokreti fetusa, promene u fizičkom izgledu i pokretljivosti itd.) i na opis toga kako su Vaša trudnoća i porođaj *praćeni i vođeni u zdravstvenoj ustanovi* (odlasci na lekarske preglede, prenatalna dijagnostika, eventualne intervencije i sl.).

Tačno vreme i mesto obavljanja razgovora dogovarale bismo zajedno i ono bi bilo usklađeno sa onim što Vama najviše odgovara. Sa nekim učesnicama razgovaram u samim zdravstvenim ustanovama koje posećuju (ukoliko za to postoje praktični uslovi), sa nekima razgovaram u njihovim domovima (ukoliko im je to najprijatnije), a sa nekima ugovaram sastanak u kabinetu na Filozofskom fakultetu koji se nalazi u centru grada. Razgovori uglavnom traju oko sat i po vremena, mada mogu trajati i duže ukoliko Vi to budete želeli. Razgovore snimam diktafonom (audio snimačem), jer drugačije ne bih mogla da zapamtim sve o čemu smo razgovarale.

Kako će podaci biti korišćeni?

Podaci će biti korišćeni isključivo u naučne svrhe. Njih ću analizirati kako bih dobila bolje razumevanje psiholoških aspekata trudnoće i porođaja. Predviđeno je da mi ta analiza bude osnova za pisanje doktorske disertacije.

Kako će biti očuvana anonimnost?

Prilikom pisanja doktorske teze anonimnost će biti sačuvana upotrebom *pseudonima* (Vaša imena nigde neće biti otkrivena) i iz materijala ću ukloniti sve podatke koji bi na bilo koji način mogli da otkriju Vaš identitet.

Od Vas će biti tražene jedino one lične informacije koje su bitne za istraživanje (npr. neće biti potrebno da mi date ni svoje puno ime i prezime). Svi snimci i beleške biće dostupni samo meni i služiće isključivo tome da se na njih oslonim prilikom analize.

Ukoliko imate bilo kakva dodatna pitanja u vezi sa istraživanjem ili svojim učešćem u njemu slobodno ih postavite pre nego što date svoju saglasnost.

Vaše učešće u istraživanju je na sasvim dobrovoljnoj bazi i možete odustati od njega u bilo kom trenutku.

Ukoliko želite da učestvujete u istraživanju, potrebno je da potpišete formular koji ste dobili uz ovaj list sa informacijama.

Prilog E

Molba Etičkom odboru zdravstvene instituciju u kojoj je obavljeno terensko istraživanje

Beograd, 27.04.2012.

ETIČKOM ODBORU

Beograd

Poštovani,

Molim Vas da mi omogućite obavljanje istraživanja za potrebe izrade doktorske disertacije u Bolnici za ginekologiju i akušerstvo [REDACTED].

Načelnicu Bolnice za ginekologiju i akušerstvo, [REDACTED], informisala sam o prirodi istraživanja i planiranim aktivnostima i dobila sam njenu pismenu saglasnost.

Obavezujem se da ću se postarati da ispitanice razumeju prirodu i ciljeve istraživanja i način na koji će podaci biti prikupljeni i korišćeni. Takođe, od njih će biti zatražena pismena saglasnost za učestvovanje u istraživanju. Pored toga, obavezujem se da ću poštovati anonimnost ispitanica, kao i medicinskih radnika sa kojima ću razgovarati. Njihova imena i drugi podaci koji bi mogli da otkriju njihov identitet neće se pojavljivati u tekstu doktorske disertacije, kao ni u eventualnim ostalim publikacijama koje će se na nju oslanjati. Sve prikupljene informacije biće korišćene isključivo u naučne svrhe, i ni pod kojim uslovima neće biti saopštavane drugim licima.

Takođe se obavezujem da će sve istraživačke aktivnosti biti sprovedene tako da budu u skladu sa pravilima ustanove i na način koji ne remeti uobičajene aktivnosti kako zaposlenih, tako i korisnica zdravstvenih usluga.

Uz ovu molbu prilažem:

- molbu upućenu Bolnici za ginekologiju i akušerstvo [REDACTED] od strane Odeljenja za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu (na kojoj se nalazi i pismena saglasnost načelnice Bolnice za ginekologiju i akušerstvo, [REDACTED])
- dokument koji sadrži opis istraživanja, spisak planiranih aktivnosti i vremenski okvir njihove realizacije
- formular za informisani pristanak na kome će ispitanice davati pismenu saglasnost za učestvovanje u istraživanju i koji sadrži osnovne informacije o istraživanju i načinu prikupljanja i čuvanja podataka

Biljana Stanković
student doktorskih studija
Odeljenje za psihologiju
Filozofski fakultet u Beogradu
tel: 064/ 238 22 57
email: billjana.stankovic@gmail.com

Prilog F

Opis istraživanja za zdravstvenu instituciju priložen uz molbu Etičkom odboru

Opis istraživanja, planiranih aktivnosti i vremenski okvir njihove realizacije

Predmet doktorskog istraživanja:

Studija se bavi ulogom koju medicinska znanja, prakse i tehnike imaju u tome kako žena doživljava sebe i svoje telo tokom procesa trudnoće i porođaja. U našoj sredini i trudnoća i porođaj su procesi koji su po pravilu medicinski praćeni i vođeni, pa se pretpostavlja da će iskustva trudnica i porodilja sa zdravstvenim ustanovama i njihova očekivanja od medicinskih intervencija biti značajna za razumevanje psiholoških aspekata trudnoće i porođaja. Takođe, pretpostavlja se da će priroda ovog odnosa zavisi od osobnosti konkretnog institucionalnog okruženja – protokola koji se primenjuju, praksi koje medicinski radnici sprovode, podela uloga unutar zdravstvene ustanove, tehnologije koja je dostupna i načina na koje se ona primenjuje i sl. Metodologija istraživanja, stoga, osim *intervjua sa trudnicama i porodiljama* predviđa i *upoznavanje sa uobičajenim funkcionisanjem zdravstvene institucije* (pravilima, praksama, tehnikama, obrascima odnošenja).

Planirane aktivnosti u zdravstvenoj ustanovi:

(koje će se sprovoditi u meri u kojoj su u skladu sa pravilima ustanove i u meri u kojoj ne remete uobičajene aktivnosti zaposlenih):

- *Razgovori sa korisnicama zdravstvenih usluga* – nakon davanja osnovnih informacija o istraživanju i pribavljanja informisanog pristanka za učestvovanje u intervjuima
- *Upoznavanje sa protokolima, praksama i tehnikama zdravstvene institucije* – kroz kratke razgovore sa medicinskim osobljem u vreme kada to ne remeti njihove uobičajene aktivnosti i zaduženja.
- *Prisustvovanje aktivnostima koje se obavljaju u zdravstvenoj instituciji*, ukoliko su sa tim saglasne sve uključene strane.

Vremenski okvir istraživanja:

Okvirni rok za obavljanje istraživačkih aktivnosti u zdravstvenoj ustanovi bio bi 3 meseca (sa mogućnošću da se produži još 1-2 meseca), što bi podrazumevalo dve ili tri posete nedeljno, uz prethodni dogovor sa medicinskim osobljem.

Biografija autora

Biljana Stanković rođena je 1983. godine u Smederevu, gde je završila osnovnu školu i gimnaziju. Studije psihologije upisala je 2002. godine na Odeljenju za psihologiju Filozofskog fakulteta u Beogradu. Diplomirala je 2007. godine sa prosečnom ocenom 9,67 tokom studija i ocenom 10 na diplomskom radu. Doktorske studije psihologije na Odeljenju za psihologiju Filozofskog fakulteta u Beogradu upisala je 2008. godine i tokom studija ostvarila je prosečni uspeh 10. Bila je angažovana kao istraživač na više projekata, od početka studija dobitnik je različitih stipendija i istraživačkih grantova i tokom trajanja doktorskih studija pohađala je nekoliko postdiplomskih kurseva na institucijama u inostranstvu. Tokom prethodnog perioda objavila je nekoliko članaka i izveštavala je o svom radu na konferencijama u zemlji i inostranstvu. Od oktobra 2012. godine zaposlena je kao asistent na Odeljenju za psihologiju Filozofskog fakulteta u Beogradu.

Прилог 1.

Изјава о ауторству

Потписани-а _____ Биљана Д. Станковић _____

број уписа _____

Изјављујем

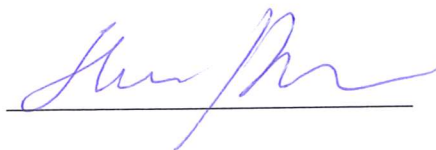
да је докторска дисертација под насловом

Дистрибуирана субјективност у трудноћи: селф, тело и медицинска технологија

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, 24. 11. 2014.



Прилог 2.

**Изјава о истоветности штампане и електронске
верзије докторског рада**

Име и презиме аутора Биљана Д. Станковић

Број уписа _____

Студијски програм Психологија

Наслов рада Дистрибуирана субјективност у трудноћи: селф, тело и
медицинска технологија

Ментор проф. Др Гордана Јовановић

Потписани _____


изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, 24. 11. 2014.



Прилог 3.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Дистрибуирана субјективност у трудноћи: селф, тело и медицинска технологија

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.


① Ауторство

2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

У Београду, 24. 11. 2014



1. Ауторство - Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.
2. Ауторство – некомерцијално. Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.
3. Ауторство - некомерцијално – без прераде. Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.
4. Ауторство - некомерцијално – делити под истим условима. Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.
5. Ауторство – без прераде. Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.
6. Ауторство - делити под истим условима. Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.