

TAKÁCS ERZSÉBET

FOGAMZÁS ÉS TERHESSÉGMEGSZAKÍTÁS
MAGZAT-IRODALOM A KORTÁRS FRANCIA SZOCIOLÓGIÁBAN¹

NÉHÁNY SZÓ A TÁRSADALMI KONTEXTUSRÓL

DOI: [10.18030/socio.hu.2015.1.105](https://doi.org/10.18030/socio.hu.2015.1.105)

ABSZTRAKT

Franciaországban mintegy 40 éve nem csökken az abortuszok száma. Az okok feltérképezésére az elmúlt évtizedben számos kutatás irányult, valamint fokozott figyelem irányult a probléma komplexitására is. Ma már a kudarc és az eredménytelenség okaként tartják számon azt is, hogy a nemek társadalmi szerepei és az orvosi hatalom sokszor ellentmondásban áll egymással, mivel a fogamzásgátlás több normatív logika kereszteződésében helyezkedik el. További tendencia Franciaországban a nem kívánt terhességek csökkenése. Mivel a terhességmegszakítások száma ugyanakkor továbbra is emelkedik, ez azt (is) jelenti, hogy növekszik a „tervezett” gyermekek száma. Ezek a jelenségek – nem függetlenül a kortárs szociológia magzat iránti nagyfokú érdeklődésétől – különböző elméletek kidolgozására késztetett több társadalomelmélettel foglalkozó szociológust. Luc Boltanski kordiagnózisa a projekt-kapitalizmus és a gyermekvállalás összefüggéseit tárgyalja, illetve megkísérelte kidolgozni az abortusz és a fogamzás antropológiai és fenomenológiai koncepcióját. Mások napjaink biopolitikájának szemszögéből elemzik a jelenséget. Dominique Memmi Foucault biohatalom-teóriáját gondolta tovább például az abortusz mindennapi körülményeinek feltárása révén. Memmi a közhatalom testre irányuló beavatkozásai nyomán kialakuló új formákat vizsgálja, olyan konkrét gyakorlatok kapcsán, mint a fogamzásgátlás, az önkéntes és az orvosi abortusz és a mesterséges megtermékenyítés. Jelen tanulmány egyfelől az INED kutatóinak vonatkozó empirikus eredményeit használja fel, másfelől a magzatot érintő francia orvosantropológiai és társadalomelméleti kutatásokat és megközelítéseket elemzi.

Kulcsszavak: magzat, biopolitika, kortárs francia szociológia

ABSTRACT

There is no decline in the number of abortions in France for 40 years, for several reasons. Gender roles and medical power are often contradicting each other: contraception stands at the cross point of different normative logics. Another tendency is the decline in unplanned pregnancy rates, and the increasing number of planned babies. These phenomena have led some French sociologists to elaborate theories not independent from the new interest in foetus in contemporary sociology. Luc Boltanski discusses the relationship between

¹ A tanulmány elkészítését az 105076. számú OTKA kutatás tette lehetővé. Lektoraimnak ismeretlenül is köszönöm értékes megjegyzéseit.

project capitalism and parenting, willingness to have children and tries to develop an anthropological and phenomenological concept of abortion and conception. Dominique Memmi improves the bio-power theory of Foucault by researching the everyday circumstances of abortion, and the new governing forms of bodies by public authorities, the concrete practice, e.g. contraception, induced and therapeutic abortion. This study is based, on the one hand, on the empirical data collected of INED, and on the other hand, on contemporary French social theories and medical anthropologies.

Keywords: foetus, biopolitics, contemporary French sociology

Franciaországban 40 éve – a terhességmegszakítást meghatározott feltételek mellett engedélyező törvény 1975-ös bevezetése óta – nem csökken az abortuszok száma (INED 2010, Bajos et al. 2004). Évente 200.000–220.000 abortuszt hajtanak végre, s becslések szerint a francia nők mintegy 40 százaléka elszenvetde élete során e beavatkozást. Az okok feltérképezésére az elmúlt évtizedben számos kutatás irányult: reprezentatív minta alapján, kohorszvizsgálat keretében vizsgálták a fogamzásgátlás gyakorlatát, hatékonyságát, a nem kívánt terhességek alakulását, a terhességmegszakítás lefolyását, egészségügyi következményeit, ill. az egészségügyi intézmények elérhetőségét és eljárásait.

A vizsgálatokból (pl. Bajos et al. 2004; Leridon–Rossier 2004) az derült ki, hogy a nem kívánt terhességek kétharmadában használtak valamilyen fogamzást megakadályozó szert, illetve a terhességmegszakítást elszenvető nők fele éppen a terhességet megelőzően váltott fogamzásgátló szert.

A fogamzásgátló szerek közötti váltás viszonylag gyakori Franciaországban, főleg a tablettával védekezők esetében. 2010-ben a 15–49 éves nők fele tablettát szedett, de a tendencia csökkenőben van, részben az új fogamzásgátló eljárásoknak – implantátum, vaginális gyűrű, fogamzásátlító tapasz – köszönhetően.² Meglepő eredmény az óvszerhasználat nagyfokú emelkedése, mely fogamzásgátló forma általában a nemi élet kezdetére volt korábban jellemző. A tablettahasználat különösen drasztikusan csökkent a 20–24 évesek között 2000–2010-ben. A tanulmányok kitérnek arra, hogy a fogamzásgátlás gyakorlata társadalmi rétegenként eltér (pl. Hassoun et al. 2004, Leridon–Rossier 2004), a harmadik generációs tablettát pl. tipikusan a középosztálybeli nők alkalmazták, s e réteg vagyoni helyzetének megingása okozza a drágább tablettás védekezésről az óvszerre átállást (Bajos et al. 2012). Az ezredfordulót követően a fogamzásgátlás terén Franciaországban is tovább erősödik a társadalmi egyenlőtlenség (Bajos et al. 2014).³ Az a felismerés is újabb kutatási irányokat nyitott, hogy a nem kívánt terhesség megakadályozása a nők jó része számára mindennapi gondot jelent. Fokozott figyelem irányult a probléma komplexitására is. A kudarcnak és az eredménytelenségnek az is oka, hogy a fogamzásgát-

2 A csökkenés másik oka a médiában 2012–2013 folyamán lezajlott vita a 3. és 4. generációs fogamzásgátló tabletták kockázatairól. A trombólis veszélyének kockázata 1995-től bizonyított, s több tragikus eset nyomán 2013-ban megszüntették a 3. és 4. generációs tabletták társadalombiztosítási támogatását (illetve több terméket kivontak a forgalomból). A vitákról a nők 77 százaléka, a férfiak 56 százaléka informálódott, s ennek következményeképpen a tablettával védekezés aránya 2010 és 2013 között az 50 százalékos arányról 41 százalékra esett. A tablettás védekezés támogatásának megszűnése, illetve a kockázatok tudatosítása nyomán a társadalmi rétegek között tovább nyílt az olló a biztonságos fogamzásgátlás vonatkozásában: a diplomás nők egyre gyakrabban fordulnak a sterilizáció, a prekár rétegek pedig az óvszer vagy a természetes fogamzásgátlás eszközeihez (Bajos et al 2014).

3 A magyar adatok e tekintetben elkeserítőbbek (*Terhességmegszakítások... 2012*).

lás többféle normatív logika kereszteződésében helyezkedik el: a társadalom nemi szerepfelfogása és az orvosi logika sokszor ellentmondásban állnak egymással. További tendencia ugyanakkor a nem kívánt terhességek franciaországi csökkenése: a terhességek kétharmada tervezett, és a nem tervezett állapotosság 40 százaléka is szüléssel végződik. A terhességmegszakítások száma ugyanakkor továbbra is emelkedik, ami azt (is) jelenti, hogy növekszik a „tervezett” gyermekek száma.⁴

Ezek a jelenségek – nem függetlenül a kortárs szociológia magzat iránti nagyfokú érdeklődésétől – különböző elméletek kidolgozására készített több társadalomelmélettel foglalkozó szociológust.⁵ Luc Boltanski kordiagnózisa a projekt kapitalizmus és a gyermekvállalás összefüggéseit tárgyalja, illetve megkísérelte kidolgozni az abortusz – és az ettől különválaszthatatlan fogamzás – antropológiai és fenomenológiai koncepcióját (Boltanski 2004). Mások napjaink biopolitikájának, a társadalomnak az egyén biológiai és társadalmi testére gyakorolt cselekvései felől elemzik a jelenséget (Memmi 2003a, 2004, 2005, 2010, Keck 2006, 2007, 2008, Karsenti 2005, Weber 2009).

BIOPOLITIKA A GYAKORLATBAN

Dominique Memmi szintén Foucault biohatalom-teóriáját gondolta tovább – többek között – az abortusz mindennapi körülményeinek feltárása révén. Az elnyomottak tényleges cselekvésével nem foglalkozó Foucaulttal ellentétben Memmi a közhatalom testre irányuló beavatkozásai nyomán kialakuló új biohatalmi formákat vizsgálja, olyan konkrét gyakorlatok kapcsán, mint a fogamzásgátlás, az önkéntes és az orvosi abortusz és a mesterséges megtermékenyítés.

Memmi több mint száz interjút készített a terhességmegszakítást és a mesterséges megtermékenyítést kérelmező páciensekkel és a beavatkozást végző és kísérő orvosokkal, ápolókkal, elsősorban a beavatkozás indokaira, motivációira és az ehhez felhasznált érvekre fókuszálva. Ezek nyomán született meg a „diszkurzív felügyeletet” koncepciója, mely a társadalmi viselkedés beszédbeli kormányzásának új módját írja le (Memmi 2012a: 78). Memmi – Mary Douglas írására (Douglas 1986) hivatkozva – az intézmény kultúrájához alkalmazkodó, legfőképp funkcionális, az intézmény létrehozta szubjektum problémájából indul ki. Memmi a gyakorlatban vizsgálja, hogyan próbálnak meg a páciensek az egészségügyi intézmények elvárásaihoz alkalmazkodni, mely alkalmazkodás sikere a megfelelő beszéden – megfelelően megírt kérelmeken, az orvosi személyzettel megfelelő kapcsolattartáson – áll vagy bukik.

A koncepció kiváló példái a terhességmegszakítást megelőző beszélgetések, melyek nagyon ritkán gyakorolnak befolyást a nők véleményére.⁶ Memmi megközelítésében ezek a találkozók az elias-i civilizációs munka ösztönkontrolljának mintájára magyarázhatóak: „Az individuációs folyamat a modern állam eredménye: olyan folyamat, ahol a társadalmi cselekvőknek az állam diskurzusát kell reprodukálniuk, nehogy elszenvedjék a devians gyakorlatoknak megfelelő különböző jogi szankciókat. Annak kicsi a jelentősége, hogy valójában ki mit tesz.

4 Az elmúlt három évtizedben több mint 200 ezer mesterséges megtermékenyítés segítségével megfogant gyerek született Franciaországban (La Rochebrochard 2008).

5 A francia szociológiában nem Boltanski az első, aki nagy figyelmet szentel az abortusz problematikájának, lásd Isambert cikkét és a szövegnek helyt adó különszámot (Isambert 1982, Isambert–Ladrière 1978, *Revue française de sociologie* 1982).

6 Ugyanerre a következtetésre jutott Luc Boltanski is saját és kutatócsoportja empirikus eredményei nyomán (Boltanski 2004).

Egy minimális, tisztán csak diszkurzív csatlakozásra van szükség, mely lehetővé teszi ennek reprodukálását az adott pillanatban. [...] A test igazgatása az elbeszélés igazgatásává válik” (Memmi 2000: 15).

A kormányzás tehát nagyon szofisztikáltan megy végbe, a közvetítő maga a szubjektum: a kormányzat a test szabályozásának racionális menedzselését az egyénekre bízta. A viselkedés napjainkban zajló kormányzását Memmi ezért „delegált biohatalomnak” nevezi (Memmi 2012a: 77). Kettős delegálásról van azonban szó, mivel a fentiekén túl az állam a „diszkurzív felügyeletet” is áthárítja, mégpedig a közszolgáltatások perifériájára, a „szabadfoglalkozásúaknak” mondott szakmák képviselőire. A testre vonatkozó beavatkozások esetén kötelező konzultáció során ugyanis az orvosi mező képviselői látják el a pácienseket információkkal – abortusz esetén például orvosi érvekkel –, ők teszik világossá, hogy az orvosi leletek mit jelentenek, van-e jelentősége annak, amit látunk. Ugyanakkor rájuk van bízva a döntés motivációjának kontrollja is, amely, ha nem adekvát, lehetővé teszi a kérdés elutasítását vagy felfüggesztését (Memmi 2012a: 78).⁷

A szerző, illetve más kutatások is (Weber et al. 2009, Allamel-Raffin 2008, Garel et al. 2007, Graham et al. 2008) különösen nagy figyelmet szentelnek a terhesség orvosiilag javasolt megszakításának. Ez olyan döntés, amikor az orvosok formálisan is szabadon érvényesíthetik saját elgondolásaikat, mások viszont – szülő és a magzat egyaránt – (élet)veszteségként élhetik meg. E területen a tudomány és technológia az elmúlt évtizedek során oly mértékű fejlődésen ment keresztül, hogy az orvosok és a páciensek ismeretei közötti különbségek miatt az utóbbiak különösen függő helyzetbe kerülnek. „Végül is az orvos szakértelmétől függ a páciensek jövőendő életének számtalan variációja: a rendellenességek harminc százalékát nem mutatják ki a születés előtt, illetve az orvostól függ a várható rendellenesség mértékének minél pontosabb meghatározása is” (Memmi 2012a: 89). A terhesség „súlyos komplikáció” miatti, orvosiilag javasolt megszakításáról az orvos dönt, és a mesterséges megtermékenyítés procedúrája esetében is az orvosok ellenőrzik a szülők motivációjának (és kérvényének) hitelességét. A nem orvosi javaslatra – a francia szakirodalomban önkéntesnek nevezett – terhességmegszakítással kapcsolatos „súlyos válsághelyzet” kérdése és megítélése ugyanakkor csak a várandós nőre tartozik – ahogyan a magyar törvényi szabályozásban is.⁸ A biohatalom kettős delegálása értelmében a páciens elhatározását az orvosi személyzet munkája előzi meg, ugyanakkor a „megölni vagy élni hagyni” döntését a páciens hatáskörébe utalják.

⁷ A diszkurzív felügyeletnek ez az ideáltípusa valójában nem egészen így valósul meg. A rendszer számos helyen akadozik, hol az intézmények végrehajtó személyzetére nehezedő anyagi korlátok, hol a páciensek ellenállása miatt. Sőt, azt is lehet mondani, hogy a szabályozás tulajdonképpen véletlenszerű, olyan hétköznapiak tűnő problémák miatt, mint az orvosok túlterheltsége (egyszerűen nincs idejük a páciensek irányítására és felügyeletére) és a páciensek autonóm, nem mindig kiszámítható viselkedése (az elhangzott információ többféle reakcióra is módot ad, például az egészségügyi intézmények elkerülésére). A rendszer totalizáló jellegét tehát mindenképpen relativizálni kell. További gondot okoz az is, hogy az intézmények az egyéneket ideáltípusosan racionális, önkontrollra és reflexivitásra képes egyénekként definiálják. Ez azt jelenti, hogy az elképzelés szerint az egyének maguk válnak képessé testi adottságaikat, ezek kockázatait, ill. ezek korrekciójának pénzügyi költségeit megbecsülni. Ugyanakkor a mindennapi működés során az derül ki, azonban vannak nem a fentiek szerint viselkedő páciensek, akik nem tudnak, vagy nem akarnak megfelelni az intézményi elvárásoknak, bevonódnak az orvosi beavatkozásokat megelőző beszélgetésekbe – akár mert érzelmileg megterhelő számukra, akár nyelviileg nem igazán képesek erre, vagy pedig mert már döntöttek (Memmi 2012: 78, 82, 83).

⁸ Memmi kiemeli, hogy a francia jogi terminológia hangsúlyozza is, miszerint a kérelmező nő „az egyedüli döntéshozó ebben a helyzetben”, ami „mindenekelőtt személyes döntés”, valamint, hogy „törvény által előírt konzultációk (...) arra szolgálnak, hogy tudatosítsák az anyában döntésének súlyosságát, nem pedig, hogy döntését egy harmadik személy döntésével pótolják” (Memmi 2012: 79–80).

Dominique Memmi a kilencvenes évek második felétől publikál a biohatalom tárgykörében, fenti tézisét a 2000-es évek első felében dolgozta ki. Az utóbbi néhány évben azonban megállapításai módosulni látszanak, ugyanis fontos változást lát kibontakozni a hatalmi mechanizmus vonatkozásában. Úgy látja, hogy napjainkban újra egy viszonylag autoriter beavatkozási kísérlet alanyai vagyunk, egy olyan periódust követően, amikor a testet, az életet és halált érintő kérdésekben a szakértői beszélgetést követően rábízták az egyénre a döntést; más perspektívából végiggondolva: megbíztak benne. Most azonban mintha megint autoriter kormányzati eljárásoknak lehetnének tanúi. Természetesen nem a 60-as éveket megelőző autoriter eljárások térnek vissza, hanem a viselkedés kormányzásának újabb, harmadik módját látja megjelenni. Az első két periódus tanulságait levonva, ma „*a test használatának helyes módjára vonatkozó legitim viselkedések kényszerítő módjai*” bontakoztak ki, melyek konkrétan, az adott területre vonatkoztatva sugalmazzák vagy írják elő, hogyan nézzünk szembe *helyesen* az élettel és a halállal, hogyan járjunk el *helyesen* az élet és halál mezsgyéjén (Memmi 2012). Memmi úgy találja, hogy a hetvenes évektől a politikai szubjektumra bízott viszonyok kezdenek tekintélyelvűbbé válni, és egy tirannikusabb, bizonyos szempontból konzervatívabb szemlélet kezd uralkodóvá válni, melyet a 90-es évektől meghirdetett prevenciók kampányok diskurzusán keresztül is nyomon lehet követni.⁹ Legutóbbi, a *Halott babák második élete* című könyve (Memmi 2011), valamint az orvosi abortusz problematikáját tárgyaló utolsó publikált kutatása (Weber et al. 2009) e gondolat demonstrálásának szándékával íródott.

A halott babák és magzatok kapcsán ugyanis olyan, ártalmatlannak tűnő gyakorlatot fedezett fel, amely nem illett bele a delegált biopolitikai gyakorlatba. Azt találta, hogy a kilencvenes évektől a halva született vagy a szülést követően meghalt magzatok és csecsemők esetében már nem valamilyen racionális döntés átgondolására és meghozatalára ösztönöznek, hanem a – gyász megkönnyítésének hivatkozásával – a halott gyermek holttestével való törődésre. A szerző szerint a halál eltávolító, elkerülő hozzáállása az utóbbi években átadja helyét annak az új eljárásnak, amely a halott magzattal vagy újszülöttel találkozást, megszemlélést, sőt fizikai kontaktusát javasolja a szülőknek. Ez azon „*az elképzelésen alapszik, hogy az anyáknak szükségük van bizonyos időre a halott gyermekükkel, hogy feldolgozzák a veszteséget*” (Memmi 2011: 98). Az egészségügy szakemberei azt javasolják a szülőknek, hogy nézzék meg halott magzataikat, gyermekeiket („*mintha csak aludnának*”) vagy örökösség meg fényképen (gyakran akár egy alvókával), esetenként tapintsák meg. A halott testek eltüntetésének múltra jellemző gyakorlata ma átadja helyét a halott egyén testileg kodifikált emlékének, megmutatva a „*halált a maga valójában, ennek emberi, természeti mivoltában*”. A szülőket orvosi személyzet – orvosok, pszichológusok, bábák, ápolónők – veszik körül „*gyászuk feldolgozásakor*”, melyhez tehát új gyakorlatok – fényképezések, temetési szertartások – járnak. Mindezek az új rítusok a gyászmunka megkezdését, megkönnyítését segítik elő. Ezen elképzelés szerint hatékony gyászhoz a szülőknek integrálniuk kell a halál megtörténtét, melyhez a holttest materializálására is szükség van.¹⁰

9 Memmi gyakran hivatkozik Luc Berlivet egészségpszichológiai írásaira. A tanulmány vonatkozásában ezek közül három izgalmas munkára hívom fel a figyelmet: Berlivet 2002, 2004, 2005.

10 Memmi meggyőződése, hogy a kilencvenes évektől kezdve változás következett be a halálhoz való viszonyulásban. Ezt korábbi kutatásaira (Memmi 2003a, 2005) támaszkodva jelenti ki, illetve szimptomatikus jelenségnek látja, hogy a francia Thanatológiai Társaságot sokáig antropológus, majd 1994 után pszichológus vezette. Meglátása szerint a kilencvenes évektől a halálról való reflexió a társtudományok irányából a halál pszichológiája felé mozdult el. A gyakorlatban az elmúlt 15–20 évben, de a nemzetközi szakirodalomban már a nyolcvanas évek második felétől követhető a holttesthez viszonyulás átalakulása. Jelen könyvében – többek között – azért választotta a halálnak ezt a speciális esetét, mert a gyermekek halála kapcsán két fontos változás

Memmi könyve megjelenését követően megemlítette, hogy *A professzionális voluntarizmus az identitások szolgálatában* alcímen is gondolkodott. Ugyanis kutatásai arra vezettek, hogy a halott magzatokra és gyermekekre vonatkozó fent leírt eljárások nem valamiféle közakarát, a gyászoló családok nyomására születtek meg. Ilyen jellegű kérésekről sem a jogászok, sem a szülésznők, sem a szülők civil egyesületei nem tudtak beszámolni, ezek csak egyedi kérelmekben jelentek meg. Ellenben a gyakorlat bevezetése során rengeteg negatív visszajelzésről számoltak be: voltak, akik pofonként élték meg a felajánlást. A nemzetközi – angolszász, nyugat-európai, skandináv, összesen 27 ország – kutatásokat áttekintve sem talált a gyakorlat igényét megjelenítő adatot. Memmi mindezek után úgy véli, hogy nagyon bizonytalan, vagy nagyon csekély bizonyító erővel bír, hogy a halott testek bemutatását javasoló új gyakorlat valóban hatékony a szülésközeli gyász feldolgozásában. Kérdés, hogy a szakfolyóiratokban megalapozott elméletek és az orvosi személyzet támogatta új gyakorlat a mentalitás megváltozásáról tanúskodik-e vagy inkább egy szakma belső meggyőződéséről, egy formálódó szemléletmódról, mely „képes olyan legitimáló érvek gyártására viszonylagos törékenységük ellenére”, melyek tulajdonképpen mérhetetlenek (Memmi 2011: 79–90). Úgy véli, hogy ebben az esetben „a legitimáló gyakorlat megelőzi az empirikus igazolást”, azaz az intézményes erőfeszítések azt célozzák, hogy „tudományosan legitimáljanak valamit, ami a gyakorlatban már létezik” (Memmi 2011:73). Nem kollektív társadalmi igényről van tehát szó, hanem az orvosi testület – különösen a szülészek, szülésznők – orvosi szakirodalomra hivatkozó szinte szisztematikus javaslatáról. A szülészek, szülésznők – s nem pedig a páciensek – azonosítják be a nők fájdalmát, kulpabilizációját, lelki szenvedéseit. Ezzel az egészséghez, az élethez és a halálhoz kapcsolódó viselkedés kormányzásának új módja jelenik meg, ti. a páciensek egyedül nem, csak segítséggel képesek elvégezni a gyázmunkát (Memmi 2011: 115–123).

A szakértői voluntarizmus azért lehet ilyen nagy erejű, mert az orvosok vannak olyan helyzetben, hogy az élet végéről – például a halott testről – döntsenek, ugyanakkor a vállukon kényszerülnek cipelni azt a társadalmi bizonytalanságot és nyugtalanságot, amely abból a kilencvenes évektől erősödő elképzelésből, érzésből ered, miszerint – az anyagi értelemben vett – testre épül az identitás. Ennélfogva – veti fel a kérdést Memmi – nem beszélhetünk-e a társadalmi identitás „biologizációjáról”? (Memmi 2011: 201–206).

Visszatérve a konkrét magzatokra: az orvosi javaslatra elvégzett terhességmegszakítás különösen ambivalens és kényes pontja a kérdéskörnek.¹¹ Egyfelől az orvosi személyzet egy része a szakmai *credo* és a gyakorlat között disszonanciaként éli meg: a teljesen legális, jogilag pontosan szabályozott eljárást illegális magzatgyilkosságnak, nem pedig egy súlyos betegség megelőzéseként élik meg. A legális keretek tehát nem mindig bírnak elegendő legitimitással (Weber et al. 2009: 20–21), különösen abban az esetben, amikor a terhességmegszakítás szakmai javaslata nem teljesen egyértelmű.¹² Egyes orvosok, ápolók sokszor visszatartják ezeket a beavatkozásokat, mások úgy „alakítják” a helyzetet, hogy ne legyenek jelen, és vannak, akik

ragadható meg: a gyász voluntarista és materialista koncepciója, azaz a(z) esetlegesen kényszerű gyászoltatás és a (fizikai való-
jában is megjelenő halott) test általi gyász révén (Memmi 2011: 97). Ez utóbbi koncepcióról részletesebben olvashatunk majd
a közeljövőben megjelenő könyvében, melynek címe: *La revanche de la chair. Quand le corps revient au secours des identités*.

11 A következőkben a Jean-Christophe Weber vezette kutatásra hagyatkozom, amely kutatócsoportnak Memmi is tagja volt (Weber et al. 2009).

12 Franciaországban az orvosi javaslat alapján megszakított terhességek harmadában életképtelenek a magzatok (Weber et al 2009:18).

inkább a palliatív beavatkozás alternatíváját választják – amennyiben életben marad a magzat.¹³ A helyzettel szemben az egészségügyi személyzet védekezési stratégiái ismertek: banalizálják, hétköznapivá teszik az aktust, elhatárolódní próbálva ezzel.¹⁴ A kutatásból ugyanakkor az is kiderült, hogy ezeket a műtéteket milyen nehezen élik meg (uo.). A páciensek felé természetesen professzionális higgadtságot mutatnak, az anyák pánikhangulatának vagy szorongásának elkerülése érdekében folyamatosan nyugtatnak, figyelemelterelést alkalmaznak. Különösen így van ez a palliatív beavatkozás alternatívája esetén, amikor életképtelen csecsemő megszületéséről van szó. Cél, hogy eltakarják a beavatkozás következményeit, a technicitás segítségével dedramatizáljanak: a páciensek például nem látják, hogy mikor áll le a magzatuk szíve.

Az egészségügyi okokból végrehajtott terhességmegszakítás során az orvosok a biopolitika feloldhatatlan ellentmondásával találkozhatnak: hogyan segítsenek valakit halálba, miközben az élethez segítség logikája szerint végzik hivatásukat? Napjaink biopolitikája ugyanis nem egyértelmű, nincs homogén eszköztára, törvényi szabályozása. A hetvenes évekig az – agambeni értelemben vett – puszta élet (*zoé*) értékelése uralta a biopolitikát, ám az elmúlt harminc évben a biopolitika az élet kétféle koncepciójának szellemében alakult (Agamben 1998). A *zoé*, a puszta élet bármi áron való védelmezése mellett ugyanilyen hangsúlyossá vált a *bios*, a társadalmi élet szempontja.¹⁵ A magzatok vonatkozásában ez azt jelenti, hogy egyszerre próbálják a problémás magzatokat mind korábbi életszakaszban is életben tartani, ugyanakkor a hetvenes évektől megjelenik az anya joga a terhessége megszakítására a társadalmi, anyagi, pszichológiai válsághelyzetére hivatkozással. Ez a kortárs biopolitika apóriája, hiszen az élet az étellel (*zoé contra bios*) áll szemben. Egy másik, a *zoé*-alapú biopolitikától való (kevésbé látványos) elfordulás az az eset, amikor az anya azért élhet az abortusz lehetőségével, mert a magzat – a diagnózis pillanatában – súlyosan gyógyíthatatlan betegségben szenved. Ilyenkor a magzatot sújtó súlyos betegség – fogyatékoság – társadalmi elfogadottsága dönt. Ebben a helyzetben magzat minden feltételek közötti túlélése szembekerül létezésének anyagi, társadalmi és pszichológiai feltételeivel – mind a szülőkével, mind magával a magzattal (Memmi-Taieb 2009:12).

A társadalmi elfogadottság szintje pedig többé-kevésbé interiorizált; s az orvosi preferenciá-

13 A legsúlyosabb patológiák már a méhben spontán vetéléssel járnak, melyek az anya egészségét is veszélyeztet(het)ik.

14 Ezeket antropológiai részletességgel mutatja be a tanulmány (Weber et al. 2009:21, 23–25; és Weber et al. 2008).

15 Többek között ezért váltak problematikusá mára olyan pozitív biohatalmi aktusok, mint a haldoklók mindenáron való életben tartása, vagy a börtönökben öngyilkossági kísérletet elkövetők akaratukkal ellenkező megmentése. Az ezt megelőző biopolitikai tendencia egyértelműen a halál elkerülésének célja volt, s erre számos közegészségügyi, higiéniai intézkedést, prevenciók kampányt fogantatosítottak. A kismamák esetében ezért a 60-as, 70-es évekig a terhesség figyelemmel kísérése elsősorban azt jelentette, hogy az anya életét úgy próbálták alakítani, hogy a magzat egészségesen szülessen meg (Fellous 2004).

kat is meghatározza.¹⁶ Miközben az orvosok elutasítják az orvosi terhességmegszakítást indokoló/javasló listák közzétételét,¹⁷ Memmi szerint jellemző rájuk egyfajta „spontán antropológia” az életre méltó életek vonatkozásában (Memmi 2003a, 2003b). Az abortusz elvégzésére elégséges – ha úgy tetszik „jó” – indok minden halállal végződő elváltozás és genetikai rendellenesség. Ezzel szemben „rossz” indok például egy egyszerű nyúlszáj. A két eset között természetesen számtalan habozásra okot adó helyzet adódhat: törpeség, hiányzó végtag,¹⁸ és más genetikai betegségek.¹⁹ Nemcsak Memmi számol be a beavatkozást végző orvosoknak arról a tapasztalatról, hogy a páciensek az orvosoktól eltérő módon reagálnak: a szemmel látható fogyatékoságok – nyúlszáj, hiányzó végtag, „mongolizmus” – esetében kiborulnak, a szemmel nem látható szív és érrendszeri elváltozások esetében értetlenséggel fogadják a terhességmegszakítás alternatívájának felvetését.²⁰ Memmi megvizsgálta az orvosi abortuszt kérelmező eseteket, és számos olyan szociális fogyatékoságra hivatkozó példát talált, amelyek az orvosok számára nem jelentettek a beavatkozásra egyértelműen „jó” indokokat: a törpeséget, a hemofiliát („kéthavonti vértömlesztéssel orvosolható ma már!”), hiányzó végtagot (egy hiányzó végtagról van szó), a Klinefelter-szindrómát („létezik mesterséges megtermékenyítés!”)²¹ vagy a Turner-szindrómát („ettől még kiváló családanya lehet!”) (Memmi 2003b: 132).

Weber és kutatócsapata azt a konklúziót fogalmazza meg tanulmánya végén, miszerint az orvosi személyzet két dolgot tehet a halál okozásának legitimálásaként egy, az élet elsőbbségét szem előtt tartó rendszerben. Egyfelől az operációk összességét szinte már bekövetkezett halálként értelmezik vagy pedig ezeket „voluntarista és paradox módon újból az élet felé terelik” (Weber et al. 2009: 23). E két alapvetően ellentmondásos logika egyidejű alkalmazását jellemzi például a fatalitás (jobb túllenni a beavatkozáson, aminek igazi felelőse a betegség, amelyre társadalmi és orvosi választ kell adni), a halál tagadása (a beavatkozás normális szülésként levezénylése, majd az elvesztett gyermek iránti gyász megélése). Az orvosok és szülők többsége az orvosi javas-

16 Az integráció lehetőségének végiggondolásában azonban lehetnek különbségek. Kiderült például, hogy a testi fogyatékoságot nehezebben tolerálják a testükből élő szülők (testneveléstanárok, táncosok), a hiányzó végtagot pedig mind a szülők, mind az orvosok súlyosabb problémaként élik meg a lányok esetében, mint a fiúkéban (Memmi 2003b: 133).

17 Ami persze nem jelenti azt, hogy az interneten ne lennének elérhetőek különböző normák vagy normák és szakmai ajánlások, lásd például a oldalán az ultrahang képekkel demonstrált magzati rendellenességekről írtakat. Az ultrahangon látottak standardizálásról lásd Isabelle Ville írásait (Ville 2011, 2012), ill. Yan Thomas egyenesen úgy fogalmaz, hogy a technológia és biológiai képalkotás fejlődésével párhuzamosan a prenatális diagnosztika a konformitás normájának kialakítását favorizálja (Thomas 2002, idézi Weber et al, 2009:32).

18 Erre példa egy a neten elérhető magyar esettanulmány Nagy–Vreczenár 2007.

19 A testi kromoszómák számbeli eltérései szinte mindig korai méhen belüli elhalást okoznak. Ez alóli kivételek a 21-es (Down-kór), 18-as (Edwards-kór) és 13-as (Patau-kór) kromoszómák triszómiája. A Down-kór olyan kromoszóma rendellenesség, melyet a 21-es kromoszóma többlete okoz, s megelőző vizsgálatok nélkül megközelítően minden 6–700 csecsemőből 1 születne ezzel a betegséggel. A súlyos szellemi fogyatékoság leggyakoribb oka ez a rendellenesség, mely a tanulási nehézségeken kívül egyéb fizikális problémákat (szívbetegségek, látó- és hallószervi eltérések stb.) is okozhat. A 13-as és a 18-as kromoszóma triszómiái jóval ritkábban fordulnak elő, ezeket kockázatelemző vizsgálatokkal szűrik. Az Edwards-kór ritka és általában halálos rendellenesség, amely a magzat 18-as kromoszómájának számbeli többletére vezethető vissza, a Patau-kór „az étellel össze nem egyeztethető rendellenesség”, amely a magzat 13-as kromoszómájának számbeli többletére vezethető vissza és a legkülönbözőbb fejlődési rendellenességekkel jár együtt. Az Edwards-kóros magzatok 95%-a magzati korban elhal, a Patau-kórosoknak csak 1%-a születhet meg. Az előbbi rendellenesség minden 3 000., az utóbbi minden 10 000. terhességben fordul elő. (Forrás: <http://gendiagnosztika.hu/genetikai-rendellenessegek/>)

20 Az abortuszt lelkiismereti, vallási okokból elutasítók problematikájára itt egyáltalán nem térek ki.

21 A Klinefelter-szindróma sterilitással és a fiúk esetében enyhe mentális fogyatékosággal, a Turner-szindróma lányoknál a másodlagos nemi jelleg hiányával jár.

latra elvégzett abortuszt a legkisebb rosszként éli meg (a posztnatális agóniához képest), más orvosok azonban inkább a szülés utáni eutanázia lehetőségének megteremtését kívánják, hogy elkerülhessék a magzatgyilkosságot. Weberék a prenatális eutanáziában látják az apória feloldását.

A későmodernitás tapasztalatai

A fenti kutatások a halál perspektívájából járják körül a magzat-problematikát. Luc Boltanski *A magzati állapot* című könyvének alcímválasztásával azt jelzi, hogy elválaszthatatlannak látja az abortusz és a fogamzás kérdésének tárgyalását (Boltanski 2004).²² Boltanski központi hipotézise szerint az abortusz magának a fogamzásnak a belső ellentmondását fedi fel, az „*akárki legyen és csak ő legyen*” dilemmát.

A fogamzáshoz eszerint kettős kényszer kapcsolódik. Egyfelől a különbségtétel kényszere a testben megszülető és a szóban teremtett ember között, mely utóbbi az elfogadás révén szingularizálódik, válik egyedi egyénné.²³ A másik, ezzel ellentétes gondolati aktus az a kényszer, amely ezt a különbségtételt elutasítja, és amely alapján minden magzat egyenlő. Ez nyilvánvaló problémát jelent a terhességmegszakítás esetében (nem számíthatok olyan sorsot egy testben születőnek, mint amit elfogadhatatlannak tartok a szóban teremtettnek), de a fogamzás kapcsán is, hiszen az egyenlőség elve elutasítja a választást, az elfogadást (miért pont őt választjuk, miért nem egy másikat?). Ráadásul nincs is mi alapján különbséget tenni, ennél fogva vakon döntünk.

A társadalomba kapcsolódás feltétele ugyanakkor a „*szimbolikus elfogadás*”: a szociális lényé váláshoz – Boltanski szavaival élve – aktív besorolás kell (Boltanski 2004: 46). Ez az emberi lények szingularizációjának és behelyettesíthetlenségüknek a feltétele, ugyanis a szexuális aktusból származó lények nem mindegyike szingularizált: testben, de nem szóban nemzett, ami feltételezi az abortusz lehetőségét. Boltanski koncepciójában e különbségtétel elutasításának a kényszere, azaz az egyenlőség elve olyan erős, hogy a különbségtételt tulajdonképpen lehetetlen igazolni.²⁴

Könyvének első részében a szerző annak jár utána, hogy ez a – nemzés és a szexualitás közötti konfliktusban is megjelenő – ellentmondás hogyan „rendeződik el”, milyen elméleti és gyakorlati barkácsolások jönnek létre a kétféle kényszer közötti feszültség csökkentésére.²⁵ Az ellentmondás feloldására – Lévi-Strauss nyomán – négy elrendezési módot, megoldási javaslatot („*arrangements*”) fedez fel (Lévi-Strauss 1962: 24, idézi Keck 2006: 513). Ezek olyan történeti példák, amikor nem az anya dönt az adoptálásról, ezt egy külső autoritás gyakorolja. Az isten(ek) esetében minden fogantatás egyszerre testi és szóbeli; a leszármazási vagy domesztikus elv világosan meghatározza, hogy mely esetben legitim vagy fattyú az utód; az államnemzet autoritása a társadal-

22 Az alcím *A fogamzás és az abortusz szociológiája*.

23 A terhességnek ez a kettős állapota, a testbeli és szóbeli szül(et)és Michel Henry fenomenológiai koncepciójának kiindulópontja (Boltanski 2004: 267–269, Henry 1994).

24 Könyvének egyik kiinduló gondolata, hogy az abortusz tragikus erkölcsi ellentmondása okozza, hogy egyfelől szemet hunyunk a gyakorlat felett, ugyanakkor elhatárolódunk tőle. (Boltanski előjáróban azt is leszögezi, hogy ő maga a *pro choice* álláspontján áll, de könyvében szeretne túllépni a *pro choice/pro life* állásponton).

25 Boltanski az abortuszt először antropológiai megközelítésből járja körül. Ehhez egy klasszikus, Georges Devereux 1955-ös munkáját veszi alapul (Devereux 1955), mely szerint az abortusznak általánosan négy jellemzője van: minden társadalomban létezik, általános elítélés övezi, ugyanakkor a gyakorlat hallgatólagosan elfogadott, amennyiben nem nyilvános és bármelyik társadalomban igen kevés ábrázolása található, ami a titkos szférába tartozás jegye. E félhivatalos, titkos és feminin jellemzők miatt a – túlnyomórészt férfi – antropológusok sem beszélnek róla.

mi hasznosság elve alapján szelektál (vö. eugenika); a projekt-rendben a szülők akarata határozza meg a (meg nem) születő egyén sorsát. Tévedés azonban azt hinni, hogy az abortusz depenalizálódása automatikusan az anya autonómiájának kiteljesedésével jár. Az abortusz mérlegelése során az egyént egyszerre jellem(e)z(het)i a (magunk feletti ellenőrzést kézben tartó) szabad akarat és a teljesen kontrollálhatatlanul fejlődő, új életet hordozó test. A két kényszer közötti ellentmondás nincsen megoldva: csak áthelyeződik a nő testének intimitásába (Boltanski 2004: 128).

A tanulmány szempontjából azonban a könyv strukturalista részénél, s ennek filozófiai-antropológiai megközelítésénél érdekesebb a fenomenológiaiként aposztrofált második nagy rész – mely a legtöbb kritikai észrevételnek is tárgya volt. Ebben a részben dolgozta fel Boltanski az abortuszra és terhességre vonatkozóan felvett 40 mélyinterjút és mintegy 100 megfigyelést. Ezek alapján arra jutott, hogy a terhességmegszakítást tulajdonképpen lehetetlenség igazolni: mindenki a legkisebb rosszként beszélt róla. Egyéni szinten természetesen akadnak mentségek, ezek vizsgálata nyomán Boltanski azt a következtetést vonta le, miszerint az abortuszhoz az vezet el, hogy a születendő gyerek (egyelőre) nem fér bele a szülői projektbe.

Boltanski szülőprojekt vagy gyerekprojekt-koncepciójának megértéséhez röviden utalni kell a szerző igazolás- vagy *cité*-elméletére (Boltanski–Thévenot 1991, Boltanski–Chiapello 1999, Boltanski 2008a, 2008b). A *citék* tulajdonképpen igazoláselvek, az igazolások normatív támaszai. A cselekvők konfliktus vagy vita esetén fordulnak cselekedeteik vagy a vitában védett álláspontjuk legitimálása érdekében a *cité* igazolásmódjaihoz. A szerzők hat olyan igazolási elvet különböztettek meg, amelyek képesek valamely közjó nevében egy adott szituációban legitim hierarchiát kialakítani, kizárólag a szituációhoz és annak pillanatnyi állapotához kötődően. Az ipari, a kereskedelmi, az (el)ismertség, a familiaritás, az ihletettség, az állampolgári *citéi* tehát meghatározott módon – hatékonyság, piaci érték, hírnév, család, művészi kreativitás, egyenlőség eszméje – mérik egy személy „nagyságát”.²⁶ Boltanski Eve Chiapelloval írt nagy visszhangot kiváltó kapitalizmus-könyvében (1999) megkísérelte megragadni az újonnan kialakuló hetedik, a projekt-*cité* jellemzőit.

A projekt-*cité* kulcsszava az aktivitás. Az aktivitás célja projektek generálása vagy a mások által végzett projektekbe integrálódás. Mindez a kapcsolatokra épített hálózati világ modelljére épít, melynek bemutatása közben nyilvánvalóvá válik e konnekcionista kapitalizmus problémája: ebben a világban minden az alany alkalmazhatóságáról/feleslegességéről szól. A kapcsolatépítéshez az alkalmazkodás, a rugalmasság, a többfelé nyitottság, az autonómia, a kockázatvállalás, a lelkesedés képességével kell rendelkezni, és kizárás fenyegeti azt, aki nem fedez fel vagy használ ki kapcsolatokat. A projekt logikájára épülő társadalomnak tulajdonképpen konstitutív eleme a kirekesztés/kirekesztettség, a biztonság hiánya, az önzés, s meghatározó jellemzője az anómia és a nyugtalanság. Ebben a környezetben az egyének egyre növekvő mértékben küzdenek az énfelépítés problémájával, hiszen a különböző egymást követő projektek pluralizáló hatása – rövid határidők, labilis kapcsolatok – miatt szétmállik az identitás: az egyén többé nem önmaga, hanem adaptációs képességeinek összessége.

Kérdés persze: hogyan illik a hálózati világ projekt-logikájához a gyermeknemzés? Természetesen nehezen. Hiszen a gyerek-projekt nem egykönnyen illeszthető be csak úgy két másik projekt közé, lévén elég hosszú

²⁶ A „nagyságok” megítélése és elosztása pedig a „próbáknak” nevezett különböző teszthelyzetekben dől el (Boltanski–Thévenot 1991).

távú és a mindennapokban sok kiszámíthatatlan, tervezhetetlen eseménnyel jár (egyebekről nem is beszélve). Nem véletlen, hogy az abortuszok magyarázatakor a szülő-projekt lehetetlenségére hivatkoztak a megkérdezettek.

Másfelől, a gyereknemzés maga is projektté válik, sőt, a gyerek-projekt magának annak az autenticitásnak a megtestesítőjévé válik (Boltanski 2004: 141), mely napjaink kapitalizmusának egyik legfontosabb hívószava.²⁷ Ezt Boltanski a hosszú idejű elköteleződéssel, valamint a fragmentálódással szembeni hatással magyarázza, illetve az egyéneknek azzal a törekvésével, hogy „hagyjanak valamit maguk után”. Az abortusz ennél fogva a szülő-projekt kudarcaként jelenik meg, amelyet a szerző szerint nemcsak az interjúkban elhangzottak támasztanak alá, hanem az az adat is, miszerint az 1990-es években megnövekvő számú terhességmegszakítások elszenvedői túlnyomórészt nem a megesett kiskorúak, sem pedig felelőtlenégből vagy tudatlanságból teherbe esők köréből került ki.

AZ ABORTUSZ IGAZOLÁSI MÓDJA ÉS BOLTANSKI PROJEKT-CITÉJE

A szerző az interjúkban elhangzottak nyomán annak a kérdésnek is utánajár, vajon miért nem napjaink (kapitalista) világának értékrendjére hivatkozó igazolásokat fogalmaznak meg a nők a terhesség megszakítása-kor, azaz miért nem alkalmas a projekt-cité az abortuszok igazolására. Hiszen a későmodern kapitalizmus egyik legfőbb vonzereje az autonómiaigények – látszólagos – kiszolgálása és az önmegvalósítás ígérete. A nők tehát hivatkozhatnak személyes autonómiájukra és a testük feletti jog gyakorlására. Ez utóbbi perspektívából nézve a terhesség a fogamzásgátlás bukásaként jelenne meg, mely logika szerint a nők az abortusz révén szerzik vissza a saját testük feletti irányítást.²⁸

Az empirikus kutatások azonban nem igazolták ezt a hipotézist. A terhességmegszakítás indokaként, mentségeként megfogalmazott válaszokból az derült ki, hogy a megkérdezettek az abortuszt nem a fogamzásgátlás kudarcaként jelenítették meg, hanem a fogamzás „rossz körülményeire” hivatkoztak:²⁹ az anyagi feltételek hiányára, az instabil párkapcsolatra, az apa nem megfelelő személyére. Boltanski szerint ez utóbbi messze a legfontosabb a nők számára, a karrierben való visszalépés jellemzően kevésbé figyelembe vett szempont. A nők autonómiájára vagy a testük feletti jogra hivatkozó érveket nemcsak, hogy felülmúlják a gyermek fogadására nem alkalmas körülményeket felvonultató érvek, hanem ezeket egyenesen szükséghelyzetként, esetenként fatalitásként élik meg.

Mindennek az is oka, hogy a fogamzásgátlás megváltoztatta a terhesség státuszát is. Mint láttuk, az adatokból is kitűnik, hogy egyre nagyobb a „tervezett” gyerekek aránya, s a szülői projekt mintegy az autonómia és a racionális cselekvő kvintesszenciájává válik.

A gyermekvállalás tervezhetőségének általánossá válása a szerző szerint a gyermeknemzés problematikájának újrafogalmazását eredményezi, hiszen – a fogamzásgátlás, az orvosi beavatkozás miatt – a kényszer második formája egyre inkább eltűnedezik. Elég egy hivatalos deklaráció, mely a testben és szóban teremtett

27 Boltanski szerint a projekt-kapitalizmus sikeresen magába integrálta az autonómia, a kreativitás, az autenticitás és a szabadság értékeit képviselő művészi kritikát (ehhez lásd Fáber 2008, Rényi–Sik–Takács 2014).

28 Mely utóbbi megállapítást teljes mértékben alátámasztja a terhességmegszakításra vonatkozó jogalkotás.

29 Vö. ezt az anya fentiekben leírt, a törvényi szabályozásban szereplő „válsághelyzetével”.

magzatok között különbséget tesz. Ez (a választás) azonban lényegében a humanizmus problémája, hiszen az egyenlőség eszméje válik kérdésessé.

Utóbbi különösen éles etikai problémákat vet fel az ultrahang és a prenatalis diagnosztika rohamos fejlődésével és térnyerésével. Erre vonatkozóan Boltanski egyenesen úgy fogalmaz, hogy a magzat láthatóvá tétele az emberi és a nem emberi közötti brutális határátlépés, s a prenatalis beavatkozások a magzatot manipulált módon léptetik be a társadalomba.

Ennélfogva a szerző nagy figyelmet szentel a technológiák,³⁰ a „*technomagzat-bánásmódok*” szerepének. A magzat dologi vagy személy mivoltáról folytatott angolszász társadal(o)m(tudomány)i diskurzus összegzése nyomán arra fókuszál, hogyan konstruálódnak és manipulálódnak a magzat különböző (ontologikus) kategóriái (Boltanski 2004: 171). Abban az esetben, ha projekt-gyerekről van szó, az „*autentikus magzat*” már a legkorábbi időszakról kezdve észlelt és felbecsült. A terhesség megszakításakor a magzat szélsőséges felértékelésének az ellenkezője történik. A „*tumoriális magzat*” vizsgálata során egészen máshogy zajlik az ultrahang vizsgálat (Boltanski 2004: 176–178),³¹ az abortusz egész folyamata hangsúlyosan medikalizált, mintegy múltó betegséget jelenítenek meg, amelyet jobb minél gyorsabban elfelejteni. A magzat, embrió, preembrió, baba stb. kifejezések ugyanannak a magzatnak a totálisan különböző felfogását megjelenítő, a magzatot önkényesen értékelő konstrukciók, melyek „társadalmi technológiák” formáiban módosítják magának a társadalmi alanynak az elképzelését.³²

Boltanski tehát azért beszél az abortusz igazolásának a projekt-*cité* keretében való bukásáról, mivel a szülő-próba nem egy bizonyos *citébe* kapcsolódás (például a domesztikus vagy a projekt-*citébe* tartozó nagyság próbája), hanem az emberi közösség elvének, az emberit a nem emberitől elválasztás tesztje. A magzat az emberi közösség elve alapján definiálódik, és a szülő-projekt teszi teljesen emberivé.³³

Boltanski magzat-könyve kapcsán több ízben arról beszélt, hogy a magzat-problematika tulajdonképpen a szingularitás, az egyediség szociológiai értelmezése következtében kezdte érdekelni (Boltanski 2004: 332; 2008c: 37).³⁴ Tulajdonképpen ugyanarról a problémáról van szó, mint igazoláselméletében: az általánosságról

30 Jelen cikk keretei között sajnos nem tudok kitérni a prenatalis orvosdiagnosztika befolyására az anya-magzat viszony, a terhesség megélése, valamint a perszonalizált magzatról alkotott percepció kapcsán, noha a francia társadalomtudományi szakirodalomban is számos izgalmas írás látott e kérdéstről napvilágot (erről lásd részletesebben Takács 2015).

31 Memmi is említi erre példát, amikor az elvetélt nők ultrahang vizsgálatán így interpretálják az orvosok a látottakat: „*Látja ezt a kis pontot itt a képernyőn? Ez az!*” (Memmi 2012a 91) Memmi magyarázata szerint ilyenkor az orvosok azzal, hogy háttérbe szorítanak egy tény, látáson alapuló nevelést alkalmaznak, Boltanski a szituáció dedramatizálásának szándékára helyezi a hangsúlyt.

32 Boltanskinak az autentikus és a tumoriális magzat elkülönítését leíró gyakorlatát kissé leegyszerűsítettnek, vagy inkább elhamarkodottnak látom. Nehezen illeszthető ebbe a bipoláris sémába az a jelenség, amikor a szülők a gyermek iránti szeretetből ítélik halálra őt, például súlyosan fogyatékos volta miatt, vagy amikor az egyértelműen kedvezőtlen prenatalis diagnosztika ellenére válik/marad autentikus a magzat (és ilyen esetekben az orvosi személyzet is autentikus magzatnak tartja őket). Boltanski könyvének szerintem legbumfordibb hibája az orvosi okokból és a súlyos válsághelyzet esetén végrehajtott abortusz közti különbség összemossa, más kritikai észrevételek ismertetésétől most eltekintek.

33 Az abortusz igazolásának a projekt-*cité*beli lehetőségein túlmutató további kérdéseket vet fel, hogy a könyv 2004-es megjelenését követően Boltanski arról beszélt, hogy a hálózatokra épülő kapitalizmusban végül mégsem formálódott valódi *cité*vé, igazolási elvvé a projekt-logika (Boltanski 2008c: 24, 29). Ennek következményeiről magyar nyelven is lehet tájékozódni (Boltanski 2008b: 74–80).

34 Ezt kívánta a szerző a szöveg utolsó mondatában is kifejezésre juttatni, mely szerint a „magzati állapot nem más, mint az emberi

és a különbözőségről. Az emberek – ahogyan a magzatok is – emberi mivoltukból adódóan elvileg egyenlők, de egy adott rendben egyenlőtlenek (lásd a mindenki által elfogadott *citébeli* nagyság és a hierarchia általános működésmódját). Az foglalkoztatja tehát, hogyan megy végbe az egyedivé és az általánossá tétel, s a társadalom miképpen dönt a behelyettesíthetőségről és a behelyettesíthetlenségről.

A MAGZATOK SORSA – A BIOPOLITIKA MINŐSÉGI KITELJESEDÉSE

Boltanski azt mutatja meg, hogy a gyermek iránti vágy ma apóriát szül: a vágyott gyermek legalább annyira visszautasított lesz, ha kedvezőtlen pillanatban vagy feltételek között realizálódik. Az ilyen esetek gyakran vezetnek a terhesség megszakításához, de a döntés nagyon problematikus, hiszen a kívánt magzatba sokat investáltak a szülők és már a születése előtt személyként gondoltak rá (Yonnet 2006, Weber et al. 2009: 31). *„Különösen a késői abortusz hordoz súlyos ellentmondást a vágyott gyermek és a fogyatékoság prevenciójának állami politikája és a méltó életről kialakult kollektív megítélés között. Arról beszélünk, hogy a megítélés felelőssége eloszlik az anya, az orvosok és az állam között. Minden úgy zajlik, mintha az élet megítélésének hatalma de facto létezne, anélkül, hogy gyakorlati terepét pontosan körbe kellene írni”* (Weber et al. 2009: 31). Tehát legyen akár az anya (a szülők) önálló, vagy az orvossal közös elhatározása, a döntés kapcsán olyan anonim és diffúz módon megjelenő társadalmi normativitásról van szó, amelyben az élet megítélését szabályozó egyéni és társadalmi kritériumok interiorizálásához mind a fogyatékosok társadalmi integrálásának nehézségei, mind a jó életről alkotott kollektív reprezentációk, s bizonyos csoportok társadalmi költségeinek megosztása is hozzájárulnak (Weber et al. uo.). Mint láttuk, ezeket a körvonalazatlan normákat az orvosok is magukénak vallják és közvetítik, kialakul bennük egyfajta *„spontán antropológia az életre érdemes életokról”* (Memmi 2003a, 2003b): orvosi kontextusban is léteznek olyan nem individuális normák, amelyek lehetővé teszik a döntést az életre méltó vagy nem méltó között.³⁵

Elmondható, hogy általánosan jellemzővé vált a „jó” élet felértékelődése a „puszta” élet kárára. Weber és kutatótársai tanulmányát idézve, *„a (mindenki számára) elviselhető fogyatékoság társadalmilag meghatározott koncepciója jogosítja fel a szülőket és a gyermeket a megszületésére”* (Weber et al. 2009: 32). A szerzők egyenesen úgy látják, hogy a „jó” életben tartás imperatívusza miatt a kortárs biopolitika thanatopolitikai dimenzióval egészül ki, dacára ennek minden ellentmondásával, hiszen ki határozza meg, hogy mit jelent a „jó”?

Annak, hogy napjaink szociológiája miért fordul egyre nagyobb érdeklődéssel a magzat-tematika iránt, nyilván sok oka lehet.³⁶ A feminista szakirodalom test és terhesség iránti érdeklődése, a későmodernitás identitást tárgyaló írásai kereszteztek többek között a biotechnológiák következtében megjelenő új diskurzusokkal.

állapot” (Boltanski 2004: 332). Ezt azonban – nyilván nem véletlenül – nagyon sokan félreértelmezték, maga Boltanski is elismerte a Replikának adott interjújában, hogy „megfordítva, azt kellett volna mondanom, hogy az emberi állapot tulajdonképpen nem más, mint a magzati állapot” (Boltanski 2008c: 37).

35 Ugyanakkor a végső döntés mégis az anyára hárul, az ő szubjektív megítélésén múlik magzata minősítése, hogy méltó-e az életre, vagy sem.

36 A magzat-tematika a hazai szociológiában csak mostanában jelent meg, egyrészt a Vicsek Lilla vezetésével zajló OTKA-kutatásban (Meddőség és az asszisztált reprodukív technológiák gyakorlata), másrészt az összejt-kutatás kérdésköre kapcsán (Vicsek 2011, Vicsek–Gergely 2011).

A fentiekben arra fókuszáltam, hogy a kortárs (francia) biopolitikai gyakorlatok talaján kidolgozott elméletek segítségével képet kapjunk a társadalom ellentmondásos aktusairól az életre/halálra ítélt magzatok sorsán keresztül. Láthattunk példát a magzat perszonalizációjára, a magzatnak az anyáról fizikailag és lelkileg történő leválására (Fellous 2004), másfelől a magzat kontextustól függő deperszonalizációjára is.³⁷ Mivel napjainkban a test és a szenvedés, az élet és a halál tétjei egyre nagyobb fontossággal bírnak a nyilvános térben, és mivel ezzel párhuzamosan az állam (és a jog) egyre jobban behatol az egyének és a párok korábban e intim zónáiba, a szociológia is bemerészkedett az élet és a halál peremterületére. Sőt, a biológia és az etika tematizálta magzati lét immár par excellence szociológiai alannya vált, hiszen a személyiségtől, érdekektől, normáktól mentes lény már születése előtt társadalmilag meghatározott, pontosabban: születése és halála egyre növekvő mértékben *társadalmilag* meghatározott.

37 Nem tértünk ki azokra az esetekre, amikor a magzat reperszonalizációjáról van szó. Ez a gyakorlat azokra a társadalmakra jellemző, ahol nagyon szigorúak a terhességmegszakítás feltételei, így az orvosok a tragikus leletek első ismertetésekor deperszonalizálják a magzatot, majd a terhesség folyamán reperszonalizálják a születendő gyermeket. Lásd például Mirlesse és Ville cikkét a brazil gyakorlatról (Mirlesse–Ville 2013), de nemcsak a latin amerikai, hanem az arab országok vonatkozásában is egyre érdekesebb írások látnak napvilágot.

HIVATKOZÁSOK

- Agamben, G. (1998) *Homo sacer: Sovereign Power and Bare Life*. Stanford: University Press.
- Allamel-Raffin C. – Merg-Essadi D. – Rusterholtz T. – Pons I. – Weber, J.-C. (2008) Le fœtus dans l’acte d’IMG: un statut à géométrie variable. *Revue des Sciences Sociales* 39, 126–135.
- Bajos N. – Ferrand M. et l’équipe Giné (2004) De la contraception à l’avortement: sociologie des grossesses non prévues. *Population* 59 1, 178–179.
- Bajos, N. – Bohet, A. – Le Guen, M. – Moreau, C. (2012) La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? *Population et Sociétés*, 492. (Angolul is letölthető)
- Bajos, N. – Bohet, A. – Moreau, C. – Rouzaud-Cornabas, M. – Panjo, H. (2014) La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif? *Population et Sociétés* 511. (Angolul is letölthető.)
- Bajos, N. – Leridon, H. – Job-Spira, N. (2004) Introduction, au dossier. *Population* 59 (3-4), 409–418. (Angolul is letölthető.)
- Bajos, N. – Moreau, C. – Leridon, H. – Ferrand, M. (2004) Pourquoi le nombre d’avortements n’a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? *Population et Sociétés* 407 (Angolul is letölthető).
- Berlivet, L. (2002) Déchiffrer la maladie. Epidémiologie et cultures de santé publique. In Dozon, J.P. – Fassin, D. (szerk.) *Les cultures de la santé publique*. Paris: Balland, 75–102.
- Berlivet, L. (2004) Une biopolitique de l’éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention. In Fassin, D. – Memmi, D. (szerk.) *Le gouvernement des corps*. Paris: Éditions de l’EHESS, 37–75.
- Berlivet, L. (2005) Uneasy Prevention: The problematic modernization of Health Education in France after 1975. In Berridge, V. – Loughlin, K. (szerk.) *Medicine, the Market and Mass Media: Producing Health in the Twentieth Century*. London: Routledge. 95–122.
- Binet, J.-R. (2010) Recherche sur l’embryon: la science rattrapée par la loi? *Sociologie et sociétés*, 4, 91–113.
- Boltanski, L. – Thévenot, L. (1991) *De la justification: les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard.
- Boltanski, L. – Thévenot, L. (2008a) A kritikai képesség szociológiája. *Replika* 62, 39–55.
- Boltanski, L. (2004) *La condition foetale*. Paris: Gallimard.
- Boltanski, L. (2008b) Mi az, ami van? A gyakorlat, a megerősítés és a kritika mint a bizonytalanság társadalmi kezelésének modalitásai. *Replika* 62, 57–85.
- Boltanski, L. (2008c) „A szociológiai konstrukció középpontjába a bizonytalanságot kell helyezni”. Berkovits Balázs és Fáber Ágoston interjúja Luc Boltanskival. *Replika* 62, 11–37.
- Boltanski, L. – Chiapello, E. (1999) *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris, Gallimard.
- Chetouani, L. (1995) Procréation ou contraception? De la bioéthique à la biopolitique. *Mots*, september, 73–98.
- Devereux, G. (1955) *A study of abortion in primitive society*. New York: Julian Press.
- Douglas, M. (1986) *How institutions think*. Syracuse: Syracuse University Press.
- Duden, B. (1991) L’invention du foetus. Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben. In *Luchterhand Essay Band 9*, Luchterhand, Hamburg 1991 (angolul: Disembodying Women. Perspectives on pregnancy and the unborn, Harvard University Press, Cambridge, MA / London 1993 franciául: L’ invention du foetus. Le corps féminin comme lieu public, Descartes et Cie, Paris 1996).
- Fáber, Á. (2008) Találkoznak-e a párhuzamosok a végtelenben? Pierre Bourdieu és Luc Boltanski kapitalizmusbírálatá. *Replika* 62, 109–125.
- Fellous, M. (2004) Explorer le ventre fécond de la mère. *Revue française de psychosomatique* 26, 2, 83–97. <http://www.cairn.info/publications-de-P%C3%A9nin/publications-de-P%C3%A9nin/publications-de-P%C3%A9nin/revue-francaise-de-psychosomatique-2004-2-page-83.htm>, letöltés: 2014. 02. 03.
- Foucault, M. (1997) *Il faut défendre la société*. Paris: Gallimard.
- Hassoun, D. – N. Job-Spira – J. Bouyer – H. Leridon – P. Oustry – N. Bajos (2004) Les inégalités sociales d’accès à la contraception en France. *Population* 59 (3–4), 479–502.
- Henry, M. (1994) Phénoménologie de la naissance. *Alter* 2, 11–27.
- INED (2010) *Statistiques de l’avortement en France, Mise à jour de janvier 2013*, http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2010/T1_2010.html, letöltés: 2014. 02. 03.

- Isambert, F.-A. – Ladrière, P. (1979) *Contraception et l'avortement. Dix ans de débat dans la presse (1965–1974)*. Paris: CNRS.
- Isambert, F.-A. (1982) Une sociologie de l'avortement est-elle possible? *Revue française de sociologie*, 23, 359–381.
- Jouannet, P. – Paley-Vincent, C. (2009) *L'embryon, le foetus, l'enfant. Assistance Médicale à la Procréation (AMP) et lois de bioéthique*. Paris: Eska.
- Karsenti, B. (2005) Arrangements avec l'irréversible. Luc Boltanski, La Condition fœtale, *Critique*, ősz, 695, 321–336.
- Keck, F. (2007) Idéologies libérales et contradictions biopolitiques. À propos de L. Boltanski, *La condition fœtale, Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. <http://stl.recherche.univ-lille3.fr/seminaires/philosophie/macherey/macherey20062007/keck13122006.html>, letöltés: 2014. 02. 03.
- Keck, F. (2006) Comment les foetus sont devenus visibles. Approches phénoménologique et structuraliste des contradictions biopolitiques. *Annales HSS* mars-avril, 2, 505–520.
- Keck, F. (2008) Les usages du biopolitique. *L'Homme* 187–188, 3–4, 295–314.
- La Rochebrochard, É. de (2008): 200 000 enfants conçus par fécondation in vitro en France depuis 30 ans. *Population et Société* 451, december. (Angolul is letölthető.)
- Leridon, H. – Rossier, C. (2004) Pilule et préservatif, substitution ou association? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000: *Population*, 59, 3–4, 449–478.
- Lévi-Strauss, C. (1962) *La pensée sauvage*. Paris : Plon.
- Memmi, D. (2000) Vers une confession laïque ? La nouvelle administration étatique des corps. *Revue française de science politique* 50, 1, 3–20. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsp_0035-2950_2000_num_50_1_395451, letöltés: 2014. 02. 03.
- Memmi, D. (2003a) *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporaine de la naissance et de la mort*. Párizs, La Découverte.
- Memmi, D. (2003b) Archaïsme et modernité de la biopolitique contemporaine: l'interruption médicale de grossesse. *Raisons politiques* 9, 1, 125–139. <http://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2003-1-page-125.htm>.
- Memmi, D. (2004) *Le gouvernement des corps*. Avec D. Fassin, L. Berlivet, A. Giami, M. Bungener, L. Mathieu, D. Borrillo, M. Bessin, M.-H. Lechien. Párizs: EHESS.
- Memmi, D. (2005) Administration du vivant et sacralité. *Vingtième Siècle* 87, 3, 143–157.
- Memmi, D. (2009) *La tentation du corps. Corporité et sciences sociales*. Avec Dominique Guillo, Olivier Martin. Paris: EHESS.
- Memmi, D. (2010) L'autoévaluation, une parenthèse? Les hésitations de la biopolitique. *Cahiers internationaux de sociologie* 1–2, 128–129, 299–314.
- Memmi, D. (2011) *La seconde vie des bébés morts*. Paris: EHESS.
- Memmi, D. (2012a) Egy érzékeny terület igazgatása. Ésszerű magatartás és test általi felügyelet a születés és halál kapcsán. *Replika* 79, 77–90.
- Memmi, D. (2012b) Entretien avec Dominique Memmi à l'occasion de la parution de "La seconde vie des bébés morts". Az interjú készítette: Laura Chartain, 2012. június 4. <http://mastersociologie.hypotheses.org/2130>, letöltés: 2014. 02. 03.
- Memmi, D – Taïeb, E. (2009) Les recompositions du « faire mourir » : vers une biopolitique d'institution. *Sociétés contemporaines* 3, 5–15.
- Mirlesse, V. – Ville, I. (2013) Usage de l'échographie prénatale pour le diagnostic des malformations fœtales à Rio de Janeiro az Brésil. *Social Science & Medicine* 87, 168–175. <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00817716> (angolul is elérhető), letöltés ideje 2014. szeptember 22.
- Nagy, G. – Vreczenár, L. (2007) Campomeliás dysplasia praenatalis felismerése ultrahangvizsgálattal. http://www.socrad.hu/upload/radiologia/magazine/2007_5_6_240.pdf, letöltés: 2014. 02. 03.
- Pison, G. (2009) France 2009: pourquoi le nombre de naissance continue-t-il d'augmenter? *Population et Sociétés* 454. (Angolul is letölthető.)
- Pison, G. (2010) France 2009: l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans. *Population et Sociétés* 2010 mars, No 465. (Angolul is letölthető.)
- Rényi, Á. – Sik, D. – Takács E. (2014) A társadalmi integráció esélyei és patológiái: elemzési szempontok a késő modern társadalmak kordiagnózisához (kézirat, megjelenés előtt).
- Revue française de sociologie* (1982) Numero spécial sur la Libéralization de l'avortement. 23, 3, 351–548.

- Sarramon, M. F. – Grandjean, H. (1998) *Le foetus et son image*. Paris: Flammarion.
- Takács, E. (2015) A szünet esetlegességei. A prenatalis diagnosztika szociológiai problematizálása. In *Létkérdések a szünet körül*, PPKE, megjelenés előtt.
- Terhességmegszakítások (2012) *Statisztikai tükrök* 110, 1–6, letöltés: 2014. 02. 03. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/terhessegmegsz11.pdf>,
- Thomas, Y. (2002) Le sujet concret et sa personne. In Cayla, O. – Thomas. Y. *Du droit de ne pas naître*. Paris: Gallimard
- Tournay, V. (2010) Présentation. Institutionnaliser les technologies du vivant. *Sociologie et sociétés* 5–13.
- Vicsek L. (2011) Costs and benefits of stem cell research and treatment: media presentation and audience understanding in Hungary. *Science Communication* 33 (3), 309–340.
- Vicsek L. – Gergely J. (2011) Media presentation and public understanding of stem cells and stem cell research in Hungary. *New Genetics and Society* 30 (1) 1–26.
- Ville, I. (2011) Politiques du handicap et médecine prénatale: la difficile conciliation de deux champs d'intervention sur le handicap. *Alter. European Journal of Disability Research* 5, 1, 1–13. http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/56/34/70/PDF/VILLE_2011.pdf (angolul is elérhető), letöltés ideje: 2014. szeptember 22.
- Ville, I. (2012) Le diagnostic prénatal. Point du vie historique et sociologique. http://www.chu-grenoble.fr/CPDPN/doc/Diagnostic-prenatal-historique-sociologique_Ville.pdf, letöltés ideje: 2014. szeptember 22.
- Weber, J-C. et al. (2008) Les soignants confrontés à l'IMG tardive. *Revue des Sciences Sociales* 39, „Éthique et santé”, 136–143.
- Weber, J-Ch. et al. (2009) Le fœticide, une administration impensable de la mort? *Sociétés contemporaines* 75, 3, 17–35. www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2009-3-page-17.htm, letöltés: 2014. 02. 03.