

ПЪТЯТ КЪМ ДЕТЕТО ...



**ТУК СА ПОМЕСТЕНИ ВСИЧКИ РАЗРАБОТКИ НА СТУДЕНТИТЕ, КОИТО  
УЧАСТВАХА В КУРСА**

**ПО РЕПРОДУКТИВНА ЕТИКА**

**В МАГИСТЪРСКА ПРОГРАМА *ИНТЕГРАТИВНА БИОЕТИКА***

**ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ**

**СУ „СВЕТИ КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”**

**(2012-2013)**

**БЛАГОДАРЯ ВИ ЗА АКТИВНОТО УЧАСТИЕ, ПРОЯВЕНИЯ ИНТЕРЕС И  
ПОЛОЖЕНИЯ ТРУД.**

**АСЯ АСЕНОВА**

**АВГУСТ, 2013**

## СЪДЪРЖАНИЕ

<i>Таня Калчева</i> До каква степен на пренаталната диагностика може да се гледа като на акт на свободен избор?.....	4
<i>Ирина Генова</i> Селекция на ембриони.....	13
<i>Изабела Христова</i> Контрастът между ин витро бебетата и децата от домовете /или как новите репродуктивни технологии могат да ощетят децата без семейства за сметка на семействата без деца/.....	22
<i>Явор Спасов</i> Сурогатното майчинство като морален, социален и медицински проблем.....	29
<i>Маргарита Габровска</i> Роден под символ „X“. Етични аспекти на анонимното изоставяне на новородени деца.....	39

**До каква степен на пренаталната диагностика може да се гледа като  
на акт на свободен избор?**

**Таня Калчева**

„По-лесно е да предотвратиш една болест,  
отколкото да я излекуваш“

Решението на една бременна жена да се подложи на пренатална диагностика (ПТД) в наши дни се гледа като морално задължение. А това е така заради здравната политика и нейната роля в нашето общество. Решението да се направи такова изследване вече е саморазбиращ се избор, който е морално оправдан. За „отговорно“ родителско поведение се приема обръщането към технологиите, направили възможен селективният аборт, както и изместването му в по-ранен етап от развитието на плода, чрез нерискови процедури.

Съвременните здравни системи предлагат пренатален скрининг за определен брой заболявания и насърчават родителите, чувстващи се отговорни пред своето дете, да приемат теста. На пренаталната диагностика се гледа като на рутинна процедура, част от качествените здравни услуги, като пренатална грижа, насочена към раждането на здраво дете. Сблъскваме се с недвусмислена покана за упражняване на принуда от страна на държавата: първо през това изследване да преминат всички бременни и второ, след поставяне на определена диагноза абортът да бъде приет от мнозинството жени, изправени пред възможността за „свободен избор“.

Погледнато така, за решението на бъдещата майка да се подложи на изследването, никак не може да се каже, че е доброволно. Създава се ситуация, в която на пръв поглед механизмът на репродуктивна здравна грижа оставя решението на майката и се оттегля от позицията на носещ отговорност, а по-скоро на чисто техническо изпълнение, а етичката отговорност се поема изцяло от бременната. Семействата биват направлявани и принудени да упражнят върху себе си определен тип принуда в името на щастието и сигурността.

Очевидно е, че става въпрос за организирана, мащабна дейност, целяща сериозно повишаване на степента на институционализация на риска и страха от генетични болести и увреждания. В отговор на „нарастващите потребности“ се наблюдава тенденция на нарастване на извършените пренатални диагностични процедури. Според отчета от 2009 на „работната група за пренатална диагностика на генетични и вродени заболявания“ ръстът на пренаталните диагностики за 2008 г. е скочил с 13,4%, а спрямо 2007- 40%.

Сред основните мотиви за насърчаване на пренаталната диагностика е и икономическата ефективност, това е най-значимата и социална ефективност по отношение на здравната система и обществото. Въпросът за икономическото бреме, което носи обществото, полагайки такъв тип грижи е централен евгеничен аргумент. Това показва, че дори държавата да не упражнява директен евгеничен натиск, както в миналото, други нейни механизми са мобилизирани в същата посока и тя съвсем не е неутрална по отношение на въпроса какви хора ще се раждат в нея.

В изследване от 1974 г. „Пренатална диагноза и селективен аборт“ се актуализират безпокойствата относно “генетичния товар“. Селективният аборт позволява на една двойка, генетично предразположена към заболяването Тей-Сакс например, да прекъсва бременността всеки път, когато се установи, че плодът страда от него и да има толкова здрави деца, колкото пожелае. Вероятността обаче рецесивният ген да бъде предаден чрез всяко от здравите деца на следващото поколение е две към три. Така вместо да се редуцира наличието на този ген в населението като цяло, се получава тъкмо обратното и за 50 поколения, благодарение на ПТД и селективния аборт, броят на рецесивните носители на гена, обуславящ заболяването, би нараснал от 5 на 100 до 75 на 100 .

В нормалния случай родители, абортирали дете с увреждания, не казват, че хората с увреждания са непълноценни. Най-често се посочва като основание, че едно увредено дете означава за тях по-голямо натоварване, отколкото едно здраво дете - в психически и финансов план или с оглед на разхода време и не искат да понесат този по-голям товар или те самите не вярват на способностите си да се справят. Може ли обществото да гарантира недискриминиране към дете с увреждане, могат ли родителите му да осигурят защита като на равноправен член на човешката общност? Дали самите те не биха се отнасяли към него като към същество от по-ниска категория?

Съществува т.нар. социален подход към живота с увреждания. Представителите му не предлагат ограничаване на употребата или нормализиране на тези практики, а предоставяне на информация на родителите за живота с увреждания, като тук се разбира информацията дадена от семейства, които живеят по този начин. Но единичните актове на родители, носещи послание, не са толкова успешни колкото тези на държавата, чрез политики нормализиращи селективните аборти.

Именно пренаталната диагностика отваря вратата на селективния аборт. Точно заради това скринингът и пренаталната диагностика предизвикват сериозен интерес, базиран върху селективния подход към хората в зависимост от техните наследствени особености. Но освен това те предоставят информация, с която се дава шанс на бъдещите родители и лекуващите ги лекари да реагират с адекватна терапия в ранните етапи на бременността, както подготовка на семействата за отглеждане на дете със специални потребности. Ще бъдат предварително подготвени за това, че тяхното дете ще има нужда от специални грижи. Раждането би могло да се организира в по-добре обзаведена болница със специалисти в областта. Като знаят какво става, наблюдаващите специалисти ще проследяват бременността и ще осигурят неонатолог или детски хирург по време на раждането, за да се даде нужната грижа.

Наследственост е свойството на всички живи организми да предават на потомството си характерните си белези. Наследствеността предопределя етапите на индивидуалното развитие на организмите. Благодарение на наследствеността всеки вид организъм запазва от поколение на поколение характерните за него особености и белези. Нейните материални носители са гените. Човешките клетки съдържат по 46 хромозоми, от които две полови-XY. В гените могат да настъпят някои промени, които се наричат мутации. Мутацията е трайно изменение на генетичната информация, което води до изменение на фенотипа, те са качествени изменения на даден белег.

Според измененията те биват: генни, хромозомни и геномни. Генните са свързани с изменения в структурата и химичния състав на даден ген. Хромозомните са изменение в структурата на хромозомата. Те са причина за голям брой тежки наследствени болести. Геномните мутации са свързани с изменения в броя на хромозомите. Те биват два вида: анеуплоидии и полиплоидии. Анеуплоидия е наличие на аномален брой копия от определена хромозома в кариотипа. Анеуплоидия, при която няма нито едно копие се нарича-нулизомия, едно копие-монозомия, три копия-

тризомия и т.н. може да има тризомии по половите хромозоми и по автозомите. Когато кариотипът има в повече цели хаплоидни набори хромозоми, това е полоплоидия.

Синдромът на Даун е тризомия на 21-та хромозома. Честотата на заболяването е 1:700 и се увеличава с нарастване на възрастта на майката. При жени над 35 години деца с този синдром се раждат 1 на 50.

Синдромът на Патау е тризомия на 13-тата хромозома. Това е един от най-тежките синдроми. Среща се при 1 на 5000. Уврежданията при децата са много тежки и 45% умират още през първия месец, а само 5% доживяват до 3-годишна възраст.

Болестта на Тай Сакс е автозомно рецесивно, генетично заболяване на 15-та хромозома. Причинява забавяне на умственото и физическо развитие, което започва около 6 месечна възраст и обикновено води до летален изход в периода около четвъртата година.

От аномалиите на половите хромозоми по-срещани са Синдрома на Търмар-втората X-хромозома липсва. Това е аномалия при жените, честотата е 1:3000. Фенотипните прояви са нисък ръст (140 см), допълнителни гънки в областта на шията, малки челюсти и високи извити устни. Липсват вторични полови белези. При ранна диагностика болестта се повлиява добре при добавяне на количества от растежния хормон.

Свързаните с пола генетични заболявания се унаследяват в повечето случаи като рецесивни мутации в X-хромозомата и по-рядко в Y-хромозомата. Хемофилията е заболяване, което се унаследява в резултат на мутация в X-хромозомата, както и далтонизмът.

Под влияние на генни мутации може да се наруши обмяната на веществата, което променя структурата на белтъчни молекули. В някои случаи липсва ензим, който превръща последния междинен метаболит в крайния продукт на метаболитната верига и липсва краен продукт. Пример за наследствена болест, дължаща се на липса на краен продукт е албинизъм. При нея липсва ензим отговорен за пигмента меланин.

Предсказването на такива и подобни аномалии е възможно да се осъществят преди раждането. Кариотипът на плода се анализира, именно чрез изследвания, които се включват в пренаталната диагностика. Тя може да се определи като пакет от методи,

позволяващи да се разбере състоянието на плода преди раждането. Изследването се препоръчва при жени над 35 години, установен висок риск за раждане на дете с генетично заболяване, вече родено дете с генетично заболяване, доказано носителство на хромозомна аномалия при родителите.

Пренаталната диагностика се осъществява с два метода-преки и непреки. Преките методи са ултразвуковото изследване, това е и неинвазивен метод. Чрез него се определят предимно структурни аномалии, като спина бифида, груби аномалии на скелета, аненцефалия, бъбречни аномалии и др. При ехографски преглед могат да се открият до 90% от вродените аномалии на плода. Друг метод, който спада към преките е фетоскопия. Посредством сонда се наблюдава плода в маточната кухина. Използва се за диагностика на видими вродени пороци на развитието, за получаване на кожни биопсии от плода и кръв от пълните съдове, което позволява диагностициране на имунодефицитни състояния, хемоглобинопатии, ензимопатии.

Този метод има ограничени възможности. Към непреките методи спадат амниоцентезата и хорионцентезата, също и кордоцентеза. Последният е сравнително рисков за получаване на фетална кръв посредством перкутатна пункция на пълната връв в близост до плацентата. Този метод се извършва след 10-20 г.с. Хорионцентезата се извършва в 8-12 г.с. чрез специален пластичен катетър или игла трансабдоминално се аспирират хориални въси. Прави се под ултразвуков контрол. Вземат се и се изследват клетки, предшествващи образуването на плацентата. Рискът от спонтанен аборт е до 1%. За хорионбиосията първоначално се е смятало, че ще позволи по-рано диагностициране, като по този начин улесни предприемането на аборт, който при извършването на амниоцентезата е сравнително късен и опасен, както във физиологично така и в психологическо отношение. Но по-късно се оказва, че рискът от малформации на плода се увеличава.

Амниоцентезата представлява вземане на малко количество околоплодна течност от амниотичния сак, в който се намира бебето. Първо се провежда ултразвуково изследване, за да провери положението на бебето и плацентата. След това се почиства кожата над областта на матката с антисептичен разтвор и с фина игла се преминава през нея и коремната стена до вътрешността на матката. Със спринцовка се изтегля около 15 мл околоплодна течност. Тази течност съдържа клетки от кожата на бебето, които се изследват в лаборатории. Този метод се провежда след 15 г.с.



процедурата трае не повече от 5 минути . Първоначално някои лекари отказвали да извършат амниоцентеза, освен ако майката не декларирала съгласието си за извършване на аборт при установени генетични увреждания, което става повод доктор Евърет Кууп да обяви амниоцентезата за „мисия открий и унищожи“.

Пункция на пъпната връв се прави към третия месец на бременността с помощта на много тънка игла, която се вкарва във вената на пъпната връв и се взимат няколко капки кръв на плода. Това се извършва с местна упойка и под ехографски контрол. Ранният анализ на кръвта на бебето показва дали не е засегнато от заразна болест, предадена от майката през бременността, като например рубеола или токсоплазмоза.

Неинвазивната технология биохимичен скрининг, днес предхожда същинската амниоцентеза и е тест, който може да покаже дали детето е с висок риск да се роди с вродени дефекти. При него обаче възниква проблем с резултатите. Положителните резултати не означават задължително наличие на проблем. Около 10% от жените с положителни резултати раждат деца с аномалии. Като цяло един такъв резултат означава, че е нужно да се пристъпи към допълнителни изследвания като ултразвуково изследване или амниоцентеза. От друга страна негативните резултати не значат, че детето е здраво, а само , че рисковете са минимални.

Настоящи изследвания показват, че чрез теста ще се открият 75 до 85% от дефектите на невралната тръба и 60% от деца със синдром на Даун при жени под 35 и 75% при жени над 35 години. Ако се тестват 1000 бременни само около 25% от тях ще покажат повишен риск за раждане на бебе с дефект на невралната тръба и от тях само едно или две деца наистина ще имат този дефект. Изследванията на около 70 от тези 1 000 жени ще покажат повишен риск от синдром на Даун за тяхното бебе, като от тях само едно или две бебета ще са с това заболяване. От друга страна, част от жените с отрицателен резултат ще родят дете с един от тези проблеми.

Тук ясно се вижда как човешкия вид придобива статистически вид, работейки с всички тези проценти и статистически данни, осъществени на базата на напълно безлично проучване.

Биохимичния скрининг се провежда 11-13 г.с. като се взема кръв от бременната и се изследват маркерни серумни белтъчи. Тези белтъци произхождат от клетките на плода или плацентата и постъпват в кръвта на майката. Тяхната концентрация се

променя в зависимост от състоянието на плода и срока на бременност. Проверява се дали хормоналните нива попадат в границите на нормата за съответния срок от бременността като има зависимост и от възраст тегло и други фактори. Трите белтъка са алфафетопротейн, който се изработва в жлъчния мехур и черния дроб на плода. От там преминава в урината, след това в амниотичната течност и накрая в майчината кръв.

Високи АФП може да значи, че се износва повече от 1 плод или г.с.е по-голяма от предположената. Но може и да е спина бифида, отвор в главата или коремната стена, рядко може и да е проблем с бъбреците. Другия белтък е хорионгонадотропин. Той се образува от плацентата. Открива се в кръвта на жената след 10-я ден от оплождането. Нивото му се увеличава при Синдрома на Даун и намалява при болестта на Едуардс. Третият белтък е естрадиол. Произвежда се от фетоплацентарния комплекс. Понякога резултатите могат да са индикация, че самата жена е в състояние на повишен риск или риск от преждевременно раждане или спонтанен аборт. Това еднозначно доказва възникналите проблеми при разчитането на резултатите. Ключов момент е обяснението им на двойката, защото могат да бъдат крайно стресиращи, който стрес да доведе до още усложнения, както за плода, така и за майката.

Всички тези процедури от пренаталната диагностика се предприемат, ако е установен риск, по-висок от този от прекъсване на бременността при амниоцентеза. Като при риск по-висок от 1:100 се обсъжда амниоцентеза или хорионбиопсия, при риск между 1:100 и 1:1000 се обсъжда проверка при друг АГ специалист на ултразвуковите параметри, провеждане на биохимичен скрининг в 15-19 г.с. При риск по-нисък от 1:1000 се обсъжда само проследяване с ултразвук.

ПТД се разглежда като социален и политически въпрос и в този контекст се ориентира към подобряване на здравето и благосъстоянието на обществото. Посредник между правото на генетичен аборт и качеството на живота са интереси на обществото, родителите и детето, не непременно в този ред, понякога тези интереси съвпадат, друг път се разминават.

Съществува теза, че употребата на тези технологии, насочена „срещу“ уврежданията, изразява дискриминационни нагласи спрямо онези, които вече са родени с увреждания. Правото на живот, правото да бъдеш роден в контекста на качеството на живот означава право да бъдеш роден здрав с определени качества, способности с нормално тяло и ум и ако това право не може да бъде удовлетворено,

тогава е по-добре изобщо да не бъдеш раждан. Тук има сблъсък на правото да си роден с правото за най-добрия интерес. От гледна точка на здравия разум да бъде родено е равнозначно на най-добрия интерес за детето. Но дали в случай на тежки увреждания най-добрия интерес е удовлетворен. Избирайки да запазят дете с увреждания, не се постъпва погрешно, тъй като вреда на това дете не е причинена, защото това е единственото състояние, в което то би могло да се роди и да живее един напълно радостен живот.

Медико-генетичната консултация (МГК) практически има задачата да елиминира в крайна сметка самия риск, дори той да не е прекомерен. МГК включва поставянето на диагноза преди раждането, определяне на генетичния риск за увреждане на потомството, прогнозиране и профилактика на наследствените аномалии. Основната задача на медико-генетичната консултация е генетичното прогнозиране, т.е. определянето на риска от раждане на дете с наследствено заболяване и „определяне на здравното състояние на бъдещите поколения и съобразно тези данни набеязване на конкретни мерки за ограничаване на ражданията на болни деца“.

Тъй като голяма част от тези заболявания „не се поддават на лечение“, „основен подход в борбата с тях е профилактиката“, а „крайната цел... е да се вземат съответните мерки за предотвратяване или ограничаване на създаването и раждането на болни и дефектни деца“. След като основната цел на медико-генетичното консултиране е „предотвратяване или ограничаване“, то е ясно, че в този случай има само два варианта: да се даде „съвет, който води до ограничаване на ражданията в семейства с тежка прогноза и да се направи пренатална диагностика, като при доказване на проблем се препоръча и прилага изкуствен аборт“.

Ценността на човешкия живот се определя в зависимост от различни критерии, един от които е неговото качество. ПТД превръща качеството на живота основно и само в биологични характеристики - здраве, болест, норма, патология и т.н., макар реално да зависи и от социални индикатори - статус, престиж, материална сигурност, стандарт и т.н. Този подход излага на риск убеждението в радикалното морално равенство на всички човешки същества, че всички притежават еднакви права като правото на живот.

#### ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

Димитрова, Ина: Пренатална диагностика и биополитика в България, 2012

Любе, Вайма: Преднаталната и предимплантационна селекция след генен тест като проблем на дискриминацията, Социологически проблеми, 1-2,2006

Христова, Станка: От Франкенщайн до Доли- морал и изкуствена прокреация, 1999

Част от информацията е взета от Националната генетична лаборатория към СБАЛАГ  
Майчин дом ЕАД

[www.invitro.bg](http://www.invitro.bg)

## Селекция на ембриони

Ирина Генова

**Увод:** Днес с развитието на науката ни се предоставя възможност да погледнем в бъдещето и от представените ни перспективи да вземем решение как да изживеем живота си. Какви са очакванията ни за нашето поколение и в какъв момент то да бъде планирано? В стремежа си за по-добър и лишен от сътресения живот ние правим нашите избори при които преследваната цел е щастието и благосъстоянието ни. Един от значимите въпроси, които не търпи компромис, за да бъде постигнато това щастие, е нашето добро физическо и психическо състояние, т.е нашето здраве. Изследванията в областта на медицината имат за цел да подобряват и удължават нашия живот, а така също и да предвиждат и провеждат превантивни действия за предотвратяване на заболявания, включително и такива, които са генетично обусловени.

Генетичният скрининг, пренаталната и предимплантационната диагностика са също такива практики, утвърдили се като начини за подобряване на живота и постигането на така желаното щастие. Какви са моралните въпроси, пред които ни поставят тази практики?

**Изложение:** Болестта е определена като състояние, което е различно от нормалното, което пък от своя страна е доста относително. Както тя, така и здравето варират в широки граници, зависят както от културните практики, така и от напредъка на медицината. Здравето е определено като пълно физическо, психическо и социално благополучие от Световната здравна организация. Това обаче, което не е здраве, не е непременно болест.

### Генетичен скрининг

На генетичен скрининг се подлагат най-често двойки, при които има индивидуален риск от раждане на дете с генетично заболяване. Той бива ретроспективен и проспективен. На ретроспективен се подлагат родители, които имат вече родено дете с генетично заболяване и искат да узнаят причината за това. Като при здрави родители се проследява клиничната история на семействата и се правят прогнози за проява на генетичното заболяване. Проспективното се инициира от

държавата при изследване на определени групи от населението или по избор от бъдещите родители. Неговата цел е установяване на генетични предразположености или установяване на фактическите носители на абнормални гени, особено когато заболяването е често срещано или типично за определен географски район или сред определена социална или демографска група.

Носителите на абнормални гени, дори когато са клинично здрави, представляват рисков контингент по отношение на потомството.

Изборът между право на автономия, следването на принципите за добро и справедливостта правят взимането на решение трудно. Най-честото той се решава в полза на най-малкото зло. Индивидите трябва да бъдат информирани за резултатите от генетичния скрининг и да бъде спазена конфиденциалността, доколкото е възможно.

Информацията от генетичния скрининг е понякога доста стряскаща и влияе негативно върху засегнатия. Значително биха могли да се влошат физическото и психическото му състояние. Той засяга деструкцията на морално-психическите характеристики, социалните контакти на личността и драстично се променя неговата самооценка.

Като резултат от това неговият жизнен път губи телеологичните си измерения.

Скринингът създава предпоставки за обясняване на странностите в характера, способностите и таланта.

Идеята за съдба, предшественост, обреченост, срещу която индивидът е безсилен води до развиване на комплекси, които биха повлияли на репродуктивното му поведение чрез отказ от създаване на поколение, експонирайки собствения си дискомфорт върху бъдещите деца. Друг проблем е отношението на другите към тях. Те могат да станат обект на дискриминация.

В медицината при висок риск от раждане на увредено дете се препоръчва отказ от репродукция, а при вече настъпила бременност – аборт. Решението, което ще бъде взето, разбира се е въпрос на личен избор. Някой решават например да родят детето, независимо от прогнозата, разчитайки на евентуална грешка от страна на лекаря или от чисто религиозни съображения, при което те биват обвинявани като неморални и безотговорни.

И така, ако генетичният скрининг работи с вероятности, чиито стойности не са толкова ниски, прилагането на пренатална диагностика ясно ги показва, като значително я намалява в конкретни случаи, дори я елиминира

## **Пренатална диагностика**

Тя се извършва в ранните етапи от бременността в различни етапи от развитието на фетуса. При установяване на генетично заболяване може да се приложи лечение още в пренатален период, ако това е невъзможно майката трябва да вземе решение дали да задържи бебето или да направи аборт. Възраженията тук са свързани с последствията. Прави се селекция, базирана на наследствените особености на хора. Правото на живот и абортът са поставени в контекста на качеството на живота. Решенията, които се взимат, зависят от индивидуалните разбирания за моралния статус на ембриона. Качеството на живот, в което се включва разбирането ни за щастлив живот с определени характеристики като здраве, болест, генетично увреждане и др., определят ценността на живота. При това в такива случаи решението е да бъде прекъснат такъв живот, отколкото той да бъде роден нежелан и увреден.

Особено напоследък с развитието на новите репродуктивни методи ин витро широка популярност доби т.нар. предимплатационна диагностика.

### **Преимплатационна диагностика**

При нея яйцеклетката или ембриона се подлагат на изследване за моногенни или хромозомни абнормалности. На базата на резултатите може да се вземе решение дали да имплантира или не ембриона. По този начин се спестява абортът.

Автономният избор тук, който трябва да бъде взет, след като бъдат предоставени резултатите от проведените изследвания, като че ли бива нарушен. Засегнати от избора са не само майката и бащата, но и роднините, които са пряко свързани. Тогава тяхното отношение може да повлияе на избора при вземане на решение за последващи действия или бездействие относно раждането на едно генетично увредено дете. Въпросът е те дали трябва да бъдат информирани?

Предоставеният избор след предимплатационна диагностика на родителите, дали едно дете с определени характеристики да бъде родено, е свързано с опасността от постоянно променящите се критерии, т.е от „негативна селекция”, която цели отстраняването на увредени ембриони да се премине към „позитивна селекция”, където се отстраняват ембриони, които не отговарят на предварително приети ценности, които се променят във времето като интелигентност, красота и др. Това, дали ще се избира

между два здрави ембриона въз основа на техните качества или ще се елиминира някой здрав, няма съществена разлика.

### **Селекция на пола**

Семейното планиране, свързано с избора на пола на очакваното дете, може да бъде осъществено чрез новите методи на дородилна диагностика.

Селекцията на пола може да бъде морално обоснована по различни начини – родителски желания, намерения, предпочитания или избягване на някой заболявания, свързани с пола.

Аргументът срещу това е нарушаването на баланса между половете, което би довело до намаляване на човешката популация.

Предпочитанията на мъжкия пол в някои общества е културно обусловено. Подобни предпочитания са забранени, извършването на аборт по тези причини се приема, само ако трябва да избегне свързано с пола заболяване.

### **Излишните ембриони**

Многоплодните бременности крият рискове както за майката, така и за децата. Унищожаването на излишните ембриони, създадени за целта на изкуствената прокреация, повдига много морални въпроси.

В Католическите страни то се приема като детеубийство. От светска гледна точка говорим за унищожаване на човешки живот.

При това един от значимите такива е селекцията на ембриони. На един здрав ембрион се отнема възможността да бъде роден в полза на друг здрав ембрион. Този избор не може да бъде оправдан, доколкото става дума за два еднакво ценни живота, независимо от неговия статус дали е човешко същество, човешки организъм или личност.

Католическата църква отказва да приеме дори степента на здраве и изобщо здравен статус като достатъчно съществен аргумент, в полза на унищожаването на ембрион с доказани малформации, считайки го за евгенична операция. Препоръката е да не се създават повече от необходимите ембриони за имплантиран. Но това е доста трудно при методите „in vitro”, поради незадоволителната успеваемост около 25% и налагането на пореден опит. Това провокира създаването на резервни ембриони, които в даден момент могат да се превърнат в излишни. Тяхната съдба е да бъдат унищожени или да бъдат използвани за научни изследвания. Възражението срещу тези практики е



свързано с моралния статус на ембриона и неговото човешко достойнство от момента на зачеването.

Ембрионите са човешки същества от първия момент, в който са създадени, с пълна човешка индивидуалност и са способни на пълно развитие, макар че са временно замразени. Поради това тяхното унищожаване или предоставяне за научни изследвания е престъпление срещу живота и хуманността. Създаването обаче на точно определен брой ембриони затруднява медицинската практика на изкуствената прокреация. Това ще доведе до повторение на процедурата при неуспешен опит и може да има сериозни последици за самите пациенти.

### **Статусът на ембриона**

За да бъде идентифициран ембриона като човешко същество, личност и морален субект той трябва да притежава качествата на такъв.

Ако ембрионът притежава морален статус от това следва, че той има право на живот. Съществуват три основни схващания за статуса на ембриона: консервативно, либерално и потенциално.

Консервативното е религиозното – ембрионът е човешко същество от момента на зачеването. Той е реално човешко същество и притежава достойнство.

Аргументите, които повдигат тези, които искат да опровергават това твърдение, са свързани с факта, че до 14 ден от развитието му не е ясно дали личностите няма да са двама. Другият аргумент - за да бъде личност, трябва да е рационално същество. В първите седмици например нямаме развита мозъчна дейност, следователно той не е рационално същество.

Ембрионът е човешко същество от момента на зачеването, защото той се приема като момент на въплъщаването на Бога в човек. В светски вариант – защото е заченат от човешки същества.

Потенциалност – превръщане на съвкупността от клетки в човешко същество. Важно е определянето на момента, в който вече говорим за човешко същество. Изясняването на характеристиките обаче, които притежава човекът или личността, за да бъде наречена такава, варират и зависят от много фактори, при което не може да бъде даден точен отговор. Въпреки това – които и да са характеристиките за

определяне на човек, ембрионът не ги притежава, но притежава способността да ги развие. Но от какво се определя неговата потенциалност? От генетичната му обусловеност, от възможността да се имплантира в матката на майката, да се износи или от други. Затова трябва да бъдат взети в предвид и вероятността, и възможността.

Именно тази потенциалност да завърши с човешко същество определя нашето отношение към ембриона и не ни позволява да правим каквото и да е било с него. Според либералното схващане ембрионът не притежава същия морален статус (независимо от неговото развитие) с едно вече родено дете, т.е. прави се разлика между човешко същество и личност. Той има права, но няма задължения. Задълженията са наши по отношение на него.

През 1954 г. комисията Уорнок изготвя доклад относно новите методи на асистирана репродукция, в които се казва, че ембрион след 14 ден, който не е трансфериран в майката, не трябва да бъде оставен жив. Изследванията след този период са криминално деяние. Препоръчва се и да не се трансферира ембрион, който е бил използван за изследвания.

Две са гледните точки за право на живот – светостта и качеството.

Светостта на живота е свързана с божията промисъл, затова всяко човешко същество има безкрайна ценност за Бога. Поради божествения си произход и основно благо, което е животът, ние трябва да го пазим както по отношение на себе си, така и по отношение на другите.

Качеството на живот – сега вече може да бъде подържан физическия живот с помощта на апаратура, при което живеенето престава да бъде човешки живот. Според някои авторитети тогава животът загубва своята ценност. Обвързването на светостта с качеството на живота преписва по-голяма ценност на човешкия персонален живот сравнен с човешкия биологичен. От тук и правото на живот на ембриона не се определя само от светостта на живота, а от неговото качество, т.е. свързано е с такива физически характеристики, които го правят способен на „човешки“ живот.

Статусът на ембриона не е свързан с това дали той има право на живот или не. Правото на една личност се простира дотам, докдето не се нарушават правата на друга личност. Когато става въпрос за естествени права, правото на едно същество се простира дотам, докдето не се нарушават естествените права на рода или вида. Естественото право на живот е да бъдеш роден.

В християнската традиция детето се разглежда като дар от Бога, а раждането му като божия благословия. Божественият произход предопределя достойнството на всяко човешко същество, което притежава права. Всички деца са равни. Детето е ценност сама по себе си. В античността съществуват обаче доказателства за това, че децата не са разглеждани като ценност сама по себе си. Обсъждано е как да се постъпва с недъгавите деца. Децата като цяло са разглеждани като непълноценни, неличности и дори като вещи. Днес това не е така, създаването на деца е планирано, отглеждат се с любов и съзнателна отговорност за тяхното възпитание. Детето в този свят не е собственост на родителите си нито на някой друг.

### **Дискриминация ли е селекцията на ембриони на хората с увреждания?**

Вайма Любе поставя въпроса дали наложилите се практики за дородилната селекция нарушава забраната за дискриминация на хора с увреждания. Тя разглежда различните аргументи, свързани със защита на това да бъдат провеждани такива дейности, които да гарантират раждането на здраво дете.

Един от тях е свързан с по-голямото натоварване, както психически, така и физически. Тя вижда проблем в различното отношение на обществото към хората с увреждания. Недобрите условия за един достоен живот, който не е осигурен. Никой не се съмнява, че те имат право да претендират за това. Тя твърди, че предоставянето на този осигурителен минимум, необходим за хората с увреждания, се отнема предварително чрез селекцията. Деца, които нямат увреждания, се абортират със същия аргумент за натовареност. Като при този случай тя казва, че не може да се решава конфликтът за сметка на фетуса, защото имаме една самопричинена бременност - умишлено или по невнимание.

Прекъсването на бременност, при която имаме дете с увреждане, не се говори за занижено право на живот на плода, а че е недопустимо изискване това натоварване на жената. Авторката разказва, че това няма как да не е обвързано със увреждането, въпреки че то не се споменава. В различните законодателство е наказуемо абортирането на здрави фетуси след 12 седмица от бременността, докато ако съществува увреждане няма такъв срок. Кое то говори за разлика в третирането на плода с увреждане. Така, ако искаме да кажем, че хората с увреждания не са дискриминирани, то тогава, ако няма опасност за бременната и тя по принцип е съгласна да се натовари с отглеждането на здраво дете, да не ѝ се съобщава за увреждане.

При предимплатационната диагностика аргументът за по-голямото натоварване е представен по следния начин.

Тук тя разказва че отношението на хората към тези хора с увреждания е различно. Това, че е задължение на държавата да се грижи за тях и да не ги дискриминира, не значи, че може да наложи личното отношение на индивидуалния човек. Тук, посочва тя, е разликата между справедливост и любов. Индивидуалният човек прави своя избор сам и доброволно, докато като цяло държавата е задължена да се отнася справедливо. Това, което кара една жена да не иска да роди дете с увреждане, е възможно да са предразсъдъци, с които тя е обременена и те биха могли да бъдат променени чрез просвещение.

Селекцията, която извършваме чрез предимплатационната диагностика, дава на различно създадените хора различни шансове. Тя сравнява селекцията на един ембрион с избора на партньор в едни отношения, а в други не. Ембрионите се създават въз основа на желание за дете. При „in vitro” методите се създават повече ембриони отколкото ще бъдат износени. Не трябва ли жената да гарантира износването на всичките? Тя казва, че не вярва някой да се застъпи за това, но тогава защо целенасоченото отхвърляне на един ембрион да е проблематично по този начин? Проблематична е намесата на родителите в генетичното устройство на децата, поради факта че те лесно биха преминали границата и биха се насочили към подобряването на някой техни характеристики. Във връзка с това тя твърди, че въпросът с моралния статус на ембриона няма да реши проблема с подобряването и че трябва да бъде изоставен.

### **Интересите на обществото**

Не съществува никакво право, морално или юридическо, което да позволява на лекари или медицински власти за намесване в избора на семействата за раждане на дете с увреждане, особено ако това е единственият шанс да имат свое. Обществото всъщност не се меси в конкретните избори, а налага стандарти, свързани с представителите ни за това кое е морално и кое не. Неговият интерес е основно комерсиален. Въпросът е колко ще струва на държавата отглеждането на дете с увреждане.

Социалният интерес е свързан с нормалното и качествено възпроизводство на обществото. Превенцията на различни заболявания, ваксинациите и др. свидетелстват за това. Съществува противоречие обаче между задължението на обществото да защитава правото на живот и качеството на възпроизводството. Това е трудно да бъде

осъществено на практика, където правото на живот е поставено в контекста на светостта, ценността и качеството на живот. Осъществяването на повече щастие за по-голям брой хора е трудно оценимо, поради това че не може да се каже колко голямо е щастieto на родителите на умствено и физически увредените деца или щастieto на самите деца.

### **Заклучение:**

Създадените методи за откриване на генетични заболявания, макар и породени от добри намерения, не могат да скрият дискриминационната си природа. При това генетичното консултиране повдига доста етични въпроси. Смятано е например, че абортът е оправдан при съответното констатиране на заболяване, и при тях в повечето случаи се стига до там, заклеяването на дадена група като носители на генетични дефекти, класифицирането на живите засегнати като увредени и не на последно място вероятностния характер на диагнозата.

Въпросът е как да решат тези проблеми, че да бъдат приемливи за по-голямата част от хората. Със сигурност решенето, което ще бъде взето, е решение на родителите. Техният отговор разбира се ще зависи от много и различни фактури. При поставянето на съответната диагноза трябва да бъде предоставена най-подробна информация за възможните лечения или при липсата на такива предоставяната информация трябва да съдържа особеностите, свързани с живота при съответното заболяване.

Автономният избор на пациента е важен и трябва да бъде зачетен, като основен принцип за зачитане достойнството на личността. Съществена роля разбира се тук играе и нашето културно наследство и по-точно онази част, която е свързана с разбирането за света, ценността на човешкия живот и неговият смисъл.

Опасността обаче е свързана с това, че една характеристика лесно може да се приеме за нежелана и границата между терапия и подобрене да бъде прекрачена.

**Контрастът между ин витро бебетата и децата от домовете  
/или как новите репродуктивни технологии могат да оцетят децата без семейства  
за сметка на семействата без деца/**

**Изабела Христова**

*Настоящата работа има за цел да съпостави ин витро процедурите и процедурите по осиновяване, децата от ин витро и тези от домовете.*

*В центъра ѝ са бездетните двойки, които имат желание за дете и имат право на избор.*

*Представила съм и проблеми при сурогатното майчинство, които са подобни на децата, изоставени от своите майки веднага след раждането.*

*С настоящата работа изказвам едно опасение, че новите репродуктивни технологии ще оцетят децата от институциите и техният шанс да имат семейство ще става все по-малък.*

*Макар че защитавам именно тази теза, искрено се надявам да греша и моите опасения да нямат нищо общо с утрешната действителност.*

*Ключови думи: репродуктивни технологии, ин витро, сурогатно майчинство, осиновяване, бездетност, деца без родители.*

Желанието за дете и проблемите, когато това се превърне в яростно преследвана цел, в „борба на живот и смърт“

Безплодието се възприема като личен, а не като социален проблем. Социален проблем са децата от институциите и осиновяването до скоро беше едно логично решение за двете страни – за желаещите да станат родители и за децата, които нямат родители. С навлизането на репродуктивните технологии да имаш „свое“ дете стана по-добрата алтернатива отколкото да отгледаш „чуждо“. Не рядко след безкрайна борба и чакане за осиновяване, което в крайна сметка не се случва кара двойката да търси други начини да се сдобие с дете и тя прибегва до ин витро. Не са малко случаите, в които двойката задейства и двете процедури едновременно – по ин витро и по осиновяване, като чака една от тях да е успешна.

Но не може да се пренебрегне и броят на тези двойки, които по никакъв начин не биха искали да осиновят дете и предпочитат да останат бездетни, ако не могат да направят успешна ин витро процедура. Те са твърде вгълбени в идеята за своето продължение в лицето на биологично дете, че отвъд този нарцисизъм сякаш няма нищо друго, което да подбужда това желание за дете.

Проблемите, произтичащи от това свръхжелание, се отразяват на двойката и вероятно, ако тя получи желаното свое дете и върху него пада отговорността да отговори подобаващо на всички мечти и желания, да бъде детето – мечта, което са си поръчали неговите родители. В тази клопка на родителските амбиции, пренесени върху децата може да попадне и дете, което е осиновено и трябва да влезе в ролята на мечтаното дете, което осиновителите не са могли да имат по естествен път. Бягството от социалната стигма да си бездетен и сдобиването с дете на всяка цена обслужва интересите на родителите, а детето е само средство за постигане на техни лични цели.

Осиновяването в полза на децата, ин витро в полза на родителите

Когато едно дете се осиновява или се поверява на приемно семейство, най-важният интерес, който се защитава е този на самото дете, което има нужда от семейство и грижа, а не интересът на бездетните родители да имат дете. На преден план стои не нуждата от дете, а нуждите на самото дете. То е центърът, около който се върти

всичко останало. При ин витро, това не е така – там център са родителите и тяхното желание да придобият желаното бебе. Това е лесно обяснимо с факта, че първото дете е налично и то има право да бъдат зачитани неговите най-добри интереси, но прекомерното желание на родителите за ин витро дете е консуматорско отношение към него като към стока и не може да бъде оправдано, защото не е справедливо спрямо самото дете. То първоначално е поръчано, за да обслужи техен интерес, тяхно желание, а не заради самото себе си като един бъдещ уникален човешки живот, който трябва да се ползва с нужното уважение. Едва по-късно това ще му бъде признато, но в сърцевината не стои негова потребност, а тази на бездетните му поръчители (които по-късно ще са негови родители).

Сега в разцвета на репродуктивните технологии осиновяването отстъпва като нещо, към което съвсем скоро може да се изгуби интерес. Тук става въпрос за интереса на бездетната двойка, а не за интереса на детето без родители. Те просто вече нямат консуматорски интерес към него, а към нещо друго, което може да е създадено специално за тях, нещо не налично, нещо по поръчка.

### Възможни проблеми при сурогатното майчинство

Проблемите, които се срещат при осиновените деца са същите, които можем да очакваме и при децата създадени ин витро. Нанси Нютън-Верие е клиничен психолог и изследва ефектите на ранната детска травма и депривацията, причинени от преждевременна раздяла с майката при различни обстоятелства. Тя пише книгата „Първичната рана”, където става въпрос за рана във физически, емоционален, психически и духовен аспект и който е преживял тази болка я определя като рана на клетъчно ниво.<sup>1</sup> Нютън-Верие не споменава никъде ин витро, но паралел между него и осиновяването е възможен и в следващите редове ще се опитам да го направя. За целта за момент трябва да разглеждаме, както някои смятат, аборта като изоставяне на дете още от утробата, така ние да възприемем ин витро като осиновяване още от утробата.

Връзката между майката и детето през пренаталния период е същата, каквато и при сурогатното майчинство, независимо, че при втората няма генетична връзка. Нютън-Верие се позовава на различни специалисти, които изследват какво се случва с новороденото, когато е отделено от жената, която го е родила. Това важи, както за

---

<sup>1</sup> Нанси Нютън-Верие. Първичната рана. Да докоснем света на осиновеното дете. С. 2005, стр. 19



децата, чиито майки се отказват от тях, така и за тези, които са отделени в кувиози без значение, че по-късно са отгледани от биологичните си родители. Но какво става с новороденото, когато се появи на бял свят, а майка му не е до него? То чувства нейната липса на физическо и емоционално ниво. Изоставянето за новороденото е своеобразна смърт не само на майката, но и на част от него самото.<sup>2</sup> Проблемът е, че дори осиновено часове след раждането си, бебето не може да направи безпроблемен преход от биологичната си майка към осиновителите. Някои клинични психолози, които работят с осиновени, независимо дали са осиновени веднага след раждането или на по-късен етап, забелязват някои проблеми, които са общи за всички тях: тревожността при раздяла и загуба, проблеми с доверието, отхвърлянето, вината и срама, идентичността, интимността, лоялността, властта и контрола.

Според Нютън-Верие се пренебрегва един изключително важен факт, че осиновеното дете е присъствало на всичко това, че то е било там, когато биологичната майка се е отказала, когато е било взето от осиновителите си – едни непознати хора. То има зад себе си преживявания в продължение на 40 седмици, които се пренебрегват. Същото може да се отнася и за ин витро детето от сурогатна майка. То е преживяло тези 9 месеца свързано с нея, чувало е гласа ѝ, чувало е как сърцето ѝ тупка и изведнъж тази връзка се прекъсва – първо с раждането, когато то вече е отделено от нея и след това с раздялата и вземането му от непознати за него хора, пък било то и неговите биологични родители.

Значимостта на ранните преживявания не трябва да се пренебрегва, защото това, че детето не си спомня онова, което му се е случило, не заличава последствията от преживяното. Ние няма как да си представим какво чувства бебето, което е било тотално свързано с майка си и изведнъж тя изчезне. Първата негова реакция е неистов плач, неистово желание мама да се върне. На този етап в някои социални домове на бебетата се дава фенобарбитал, за да се успокоят от болката и плача по изгубените си майки. В родилните домове част от персонала разпознава различния бебешки плач и от дългогодишната практика там един специалист може да каже по плача на новороденото дали майката се е оказала от него. Има множество изследвания на плача на новородените и той е различен при глад или при болка. Въпреки тези изследвания, ние сме склонни да смятаме, че бебетата не могат да бъдат толкова сензитивни към

---

<sup>2</sup> Пак там, стр. 26

ставащото около тях, но всъщност според Нютън-Верие не те, а ние сме безчувствените. Дадено на своята осиновителка бебето я преживява като „погрешна“ майка<sup>3</sup>, тя просто не е жената, която го е родила и не може да я замени.

От всичко казано до тук, може да изкажем едно опасение, че децата родени от сурогатна майка могат да преживеят т.нар. „първична рана“, макар тя да не е биологичната им майка и те в действителност да отидат при своите биологични родители. На този ранен етап обаче, за новороденото физическата раздяла с онази, с която са прекарвали 9 месеца абсолютно свързани като едно цяло няма начин да не бъде преживяна траматично. Именно тя ще бъде преживяна като истинска майка независимо от генетичната свързаност на бебето с други лица. На този етап те ще бъдат преживявани като „другите“, „чуждите“, „външните“.

Проблемите от размяната тепърва ще бъдат изследвани. Някои психотерапевти от сега копнеят за срещите си с тези деца, когато вече ще са възрастни, защото тогава ще могат да си отговорят на много от поставените въпроси. Дали тези деца ще имат проблемите на осиновените, може само да предполагаме, но от множеството изследвания на новородени ще трябва да признаем, че рискът, който поемаме, е голям и неговите последствия не носим ние, а децата, които създаваме.

Тук няма какво да кажа по отношение на това дали ин витро то ощетява децата от домовете, но за мен беше важно да се посочи, че е възможно да създаваме деца, растящи при биологичните си родители, но имащи емоционалните проблеми на деца от институции именно заради това объркване коя майка е „истинската“. Новороденото няма как да не преживява именно родилата го жена като „истинска майка“. Това ранно траматично преживяване е единственото, което може да свърже двата типа деца – ин витро и от домове. Но, ако ги сравним – децата в епруветка „печелят“, защото те все пак са биологични, ако са продукт на материал поне на единият бездетен от двойката, която поръчва детето.

### Контрастът между децата по поръчка и децата от домовете

---

<sup>3</sup> Пак там, стр. 70

Ин витро децата могат да бъдат „поръчани” такива, каквито ги искат техните бъдещи родители. Всеки има мечти за това как иска да изглеждат децата му, с какво би бил щастлив да се занимават и т.н. Тук обаче мечтите сякаш могат да станат реалност. Родителите не осъзнават, че пазаруват своите деца. Някои ин витро центрове се отнасят към своите клиенти като към купувачи и съответно към бебетата като всяка друга стока на пазара, за която има търсене.<sup>4</sup>

Хората, които искат бебе, могат да разгледат досиетата на донорите на яйцеклетки и семенна течност. За донорите има изисквания за приятен външен вид, той е старателно описан – височина, тегло, цвят на очи, цвят на коса, вписва се завършено образование, медицинско досие, семейство, начин на живот и др. Няма значение дали ще се ползва само един донор и един от двойката ще даде своя биологичен материал или ембрионът ще е създаден изцяло от донорски материал – избира се най-доброто, избира се това, което е било мислено като дете - мечта. Без значение дали се създават ембриони от налично най-доброто или по определени предварително избрани критерии (което си е чиста евгеника), това е в силен контраст с децата без родители от домовете.

При тях действителността е съвсем друга – ние нищо не знаем за техните родители, не ги избираме от каталози, а те често са от малцинствени групи, от бедната прослойка, където болестите, зависимостите от различни вещества, ранната бременност и неадекватните грижи по време на бременността, лошите хигиенни и здравни условия са само част от проблемите, които имат отражение върху децата, създадени в такива условия. Контрастът е изключителен. Осиновите не трябва да имат прекалено много претенции, защото ще останат разочаровани и без дете. На всеки осиновител или приеман родител на първо време се обяснява, че децата от домовете по принцип не са руси и синеоки и нямат добър успех в училище<sup>5</sup>.

Животът в институция забавя развитието на децата и се наблюдават сериозни медицински проблеми, забавяне на физическото и мозъчното развитие, закъснение в говора, затруднена сензорна интеграция, социални и поведенчески отклонения, трудна концентрация, хиперактивност, нарушена способност за привързване, както и синдром на мнимия аутизъм (Брошура на Unicef и United Nations Human Rights „Да спрем настаняването на деца под три години в институции. Призив за действие.”). Така се

---

<sup>4</sup> Дона Дикенсън. Пазаруване на тела: превръщането на телесните части в печалба. С. 2011, стр. 23

<sup>5</sup> Моника Богданова. Приемната грижа в кадър и в перспектива. С. 2007, стр. 105

оказва, че децата в институциите губят битката си с децата ин витро за семейство. Проблемът е, че изоставените деца са вече налични и имат нужда от семейство, а другите се създават допълнително без оглед на нуждите на вече наличните.

По всичко личи, че ако една двойка има избор, тя по-скоро би предпочела да си създаде дете ин витро – такова, каквото си го представя и такова, каквото иска да бъде. Независимо че то може да бъде създадено изцяло от донорски материал – ще е избрано най-доброто, което се предлага. Дори ако бъде износено от сурогатна майка и жената, която го поръчва да не може да изживее бременността и чрез нея да се припознае като „истинска майка”. Това би било по-примамлив вариант, защото избираш кое същество да наречеш „моето дете” и не се страхуваш, че носи съмнителен ген, който ще му попречи да бъде мечтаното дете.

#### Ин витро процедурите Vs. Процедурите по осиновяване

Става така, че наличните изоставени деца губят „битката” с потенциалните деца в епруветка. Отстъпват им по всеки критерий, който е значим за тези, които ги поръчват. Бездетните семейства вече имат свое решение за проблема си и то не е свързано със спасяването на дете от живот в институция. Това поставя осиновяването като нещо, което съвсем скоро ще е отживелица. Приемната грижа също се превърна в мода, както преди беше осиновяването сред холивудските звезди, но това както всичко, което е било модно ще отmine изключително бързо. Истината е, че напредването на репродуктивните технологии, тяхното пълно поемане от различни фондове и масовата достъпност са една основателна причина бездетните двойки изобщо да не спират пред Домовете за медико-социални грижи и Домовете за деца, лишени от родителски грижи, а да отидат направо в клиниката.

Процедурите по осиновяване са застрашени от процедурите по ин витро. Това нямаше да е толкова фатално, ако зад първите процедури не стояха деца, които чакат своите осиновители, но с напредването на технологиите те ще имат все по-малък шанс да ги получат. Ще се окаже така, че една ин витро процедура ще е по-бърза и надеждна от задействането на една процедура по осиновяване.

Позицията ми не осъжда ин витро процедурите, не ги отхвърля и никъде не ги нарича неморални. Но допустимо ли е това, което става с децата от домовете, а именно да

изгубят и последните си шансове за семейство? Не стига това, ами и с дефицитите, които имат от живота в институция, те не са конкурентни и в живота след това с тези хора, които ще са направени по наш усет за естетика и умствени и физически данни. Те не могат да се конкурират с тях нито за родителска обич, нито в живота като големи зрели хора. Те са абсолютен контраст. Те са всичко това, което родителите не биха си „поръчали”, те са всичко това, което родителите не искат за своите деца. Те нямат шанса да развият своите потенциали. Децата от домовете могат да дадат на бездетна двойка това, което и всяко друго дете може – радост и тревога, детски усмивки и чувството, че си родител. Те могат да дадат всичко това, ако им се даде шанс да го сторят. Не става въпрос да се забрани ин витрото (няма как, а и не е нужно), но просто има нужда да се отворят много въпроси, които касаят вече създадените деца. Ин витрото може да им отнеме нещо, което никога не са имали, но пък са имали шанса да получат.

#### Използвана литература:

Богданова, М. Приемната грижа в кадър и в перспектива. С. 2007

Дикенсън, Д. Пазаруване на тела: превръщането на телесните части в печалба. С. 2011

Нютън-Верие, Н. Първичната рана. Да докоснем света на осиновеното дете. С. 2005

Христова, С. От Франкенщайн до Доли. Морал и изкуствена прокреация. С. 1999

## Сурогатното майчинство като морален, социален и медицински проблем

Явор Спасов

Сурогатната майка е жена, съгласила се да износи яйцеклетка, оплодена от съпруга на друга жена. Последната не може да износи бременност, поради здравословни проблеми, но произвежда яйцеклетки. За жената, която иска да бъде сурогатна майка, изискванията са да е на възраст до 32-35 години и да има две свои деца. По този начин се застрахова, че при проблемна бременност, тя вече си има свои деца. По закон майка на детето е тази, която го е родила и е невъзможно законът да ѝ го отнеме при отказ от нейна страна, и да го даде на биологичните му родители. Заместващо майчинство (другото име на сурогатно майчинство) се допуска: с гените на един родител и донор, от мъртъв донор, от гените на двама биологични родители.

Сурогацията е легализирана в следните държави: Австралия, Канада, някои американски щати, Индия (където е превърната в бизнес за стотици милиони), Холандия и Белгия (при строги условия), Русия, Южна Африка, Великобритания. Забранена е под всякакви форми във Франция, Италия, Япония, Саудитска Арабия, Турция, Хонконг, Исландия, Пакистан, Швеция, Швейцария.

Проблемът за сурогатното (заместващото) майчинство повдига редица въпроси: за здравето на майката, за чувствата на майката, за сурогатната майка и нейните чувства, това, че този метод се заплаща, за чувствата на детето. Всички тези въпроси правят проблема с легализирането на сурогацията много сложен. Имам предвид конкретно легализирането на този метод в България. През 2011 година то мина на първо четене в Парламента, но още има спорове, поради които не може да бъде взето окончателно решение.

Другото, което прави въпросът нерешим, е официалната позиция на Църквата. Църквата се обявява против сурогатното майчинство поради догмите и разбиранията си. *Сурогатното майчинство е неприемливо, както изкуственото оплождане и ин витро, коментира пред "Новинар" отец Петко Вълв от Католическата апостолическа екзархия. Според него майката, която е заместител, се явява трети човек във връзката между мъжа и жената и нарушава социалния ред и единството*

на брака. Според него, ако роденото дете е с малоформации, родителите не го взимат и не изплащат сумата, която предварително са договорили с родилката.

Сурогатното майчинство разрушава библейските принципи и етика, заяви пред "Новинар" пастор Людмил Ятански от евангелската църква „Блага вест” в София. По думите му сурогатното майчинство е много деликатен въпрос в светлината на Библията, тъй като там се говори за сексуални взаимоотношения в брака между един мъж и една жена и всяко отклоняване от този стандарт разрушава библейските принципи и етика. Църквата смята, че не е приемлива намесата на трето лице във връзката между мъжа и жената, особено когато те са в брак. Тя има резерви и срещу това, че този метод е срещу заплащане и квалифицира сурогацията като „проституция”. Според католическата доктрина сурогатното майчинство води до липса на задължения за майчина любов, брачна вярност и отговорно майчинство, както и накърнява достойнството на детето.

Сурогатните споразумения са договор между бъдещите законни, социални родители и жената, която износва плода на тяхното бъдещо дете. Сурогатните договори обаче могат да бъдат нарушени. По повод техните нарушения възникват много въпроси: *Кой трябва да носи отговорност за роденото дете при отказ от тези, които са го поръчали, и нежелание на жената, която го е родила, да се грижи за него? Генетичната или гестационната майка е истинската? Може ли да бъде задължена сурогатната майка да износи плода, ако по време на бременността възникнат обстоятелства, налагащи според нея аборт? По силата на какъв морален закон е принудена тя да води здравословен начин на живот и не представлява ли тази принуда нарушаване на нейната автономия?*

Другият въпрос, който се повдига, е - от услугите на сурогатна майка могат да се възползват предимно богати семейства. Това означава, че при такъв метод има социално неравенство. Сурогацията се прилага, когато има жени, които имат репродуктивни проблеми, но заплащането е скъпо. В България проблемът със сурогацията е и такъв, че не е ясно какъв ще е размерът на заплащането. От финансова гледна точка, услугата може да не съответства на финансовото положение на по-голямата част от българите. Аз считам, че ако в България се постигне консенсус по въпроса за заместващото майчинство (защото не е постигнат такъв), и то бъде узаконено, трябва то да се извършва безвъзмездно. Но тогава би възникнал друг

проблем и той е, че при узаконена безвъзмездна сурогация жените, които ще влязат в ролята на сурогатни майки, ще се обявят против такъв закон, защото ще искат да им се заплаща за износване на плода в утробата. Има жени, които биха искали да станат сурогатни майки, именно защото услугата е платена. Жените, които визирам, са тези с нисък социален статус. Ниският им социален статус е основна причина за това да искат да влязат в такава роля. Но при сурогацията въпросът стои малко по-различно.

Позовавам се на основния ѝ замисъл: това да могат да имат деца двойки с репродуктивни проблеми. Тя не е замислена с цел разрешаване на финансовите проблеми на много бедни жени. Другата страна на монетата е, че жената може да изнудва финансово двойките. Тук вече се стига до въпроса с финансовите проблеми на голям брой семейства. Ако тази услуга води след себе си рекет от страна на жената, която иска да износи дете от чужд генетичен материал, това означава, че българските семейства не биха могли да се възползват от нея и освен това би била неморален акт.

Една от главните причини за негативното отношение към сурогацията е, че тя е експлоатация на женски организъм. *Сурогатното майчинство превръща жените в стока – машина за бебета в услуга на финансово стабилни хора и тяхната възможност да наемат утроба. В този случай жената бива редуцирана до статус на природна способност. Оспорвано е самото наименование „сурогатна майка”, което поставя на карта противоречивите дискурси около съвременното майчинство. Феминизмът се противопоставя на сурогатните практики заради нарушаване на неразривната връзка между майка и дете и комерсиализация на майчинството. Феминистките анализи по отношение на сурогацията акцентират върху преследване на патриархалните интереси, както и невъзможността за рационално изчисляване на икономическите и репродуктивни функции. Договорът е между мъжа (генетичен баща) и сурогатната майка. Съпругата и бъдещата социална майка остават формално и легално невидими в периода на изпълнение на договора.*

*Противниците на сурогатното майчинство задават аналогия между комерсиалната сурогация и проституцията, където са отчетени подобни форми на експлоатация. Андреа Дуоркин заявява, че майчинството се превръща в нов клон на проституция с помощта на учени, които искат достъп до утробата за експериментирание и сила/власт. Жените могат да продават репродуктивен капацитет по същия начин, както проститутките предлагат сексуален. Прокопиевич*



отбелязва, че и в двата случая се предлага физическа услуга, и в двата случая дълбоко лична и емоционална връзка не се изисква, за да бъде извършена сделката. И в двата случая материална компенсация се предлага за физически услуги, където се търгува вид физически труд. И именно в този пункт се състои разликата – това, което отличава женската репродуктивна работна ръка от други форми на труд, е фактът, че продуктът на техния труд не е нещо, а някой. И в същото време репродуктивният труд е най-неразделната част от женската идентичност. Бременността в качеството си на репродуктивен труд не е просто физически труд или биохимично състояние, а е и социално-психологически процес. Предоставяйки услуга на безплодни двойки, много често с наближаване на доставката/раждане/ жените осъзнават свързаността си с това дете.

Колкото до това, коя всъщност е истинската майка на детето, разпространеното мнение сред хората е, че майка е жената, която е отгледала детето. А законът казва, че майка е жената, износила и родила детето. Това означава, че по закон тя има истинските права над него, а жената, която ще го отгледа няма права над него.

От медицинска гледна точка заместващото майчинство крие рискове за здравето на жената, която ще трябва да износи плода на съпрузите. Тя е застрашена от онкологично заболяване, поради което трябва да бъдат отстранени яйчниците ѝ. За момента единствено след такава процедура ще се допуска заместващо майчинство. А отстраняването на яйчниците крие сериозни рискове за здравето на жената. Четох за една жена, която в резултат на такава операция е с остеопороза, на хормонално лечение е, и е увреден черният ѝ дроб. Това създава допълнителни рискове за здравето на жената.

Има и други важни аргументи срещу заместващото майчинство. В *Биоетика* Силвия Александрова-Янкуловска е изложила част от тях:

1. Критикуван е *биомеханистичния* подход към жената като към машина за възпроизводство, от която се очаква съвестно да износи бременността, но на която се отрича правото да развие нормална привързаност към плода в утробата си.
2. Не по-малко оспорвана е *комерсиализацията* на процедурата, която поставя под въпрос дори и най-хуманната мотивация на едно човешко същество да помогне

на друго. До къде се простира границата на възможностите за взаимопомощ? Още Кант е казал, че не може да се третира едно човешко същество като средство за постигане на целите на друго човешко същество.

3. В случаите, когато в ролята на сурогатна майка влиза роднина на генетичната майка или баща, се избягва комерсиализацията, но се създават сложни социални и родствени взаимоотношения с новороденото.
4. Коя е истинската майка?
5. До къде се простира уважението на автономността на майката-заместител? Имат ли генетичните родители право да настояват майката-заместител да води здравословен начин на живот по време на бременността? Имат ли родителите право да искат пренатална диагностика за аномалии? Ако да, имат ли право да настояват за аборт?
6. Има ли някакви права съпруга на майката-заместител – право на съгласие за процедурата, която все пак променя сериозно традиционните семейни взаимоотношения?
7. Детето може да има увреждания и двойката да не иска да го приеме. Обществото има ли задължение да поеме грижите за детето?
8. Има ли морална разлика между майка-заместител „наета” от двойка, която не може да има дете по медицински съображения и двойка, можеща да има деца, но нежелаеща да се подлага на „неудобството на бременността”?
9. Морално допустимо ли е „наемането” на сурогатна майка от хомосексуална двойка?

Както споменах по-горе, според *Семейния кодекс*, за майка се счита жената, която е родила детето. Това е и при асистирана репродукция.

Друг аргумент срещу заместващото майчинство е, че богати жени, които не искат да развалят фигурите си с бременност, ще се възползват от услугите на сурогатна майка. Има и такива мнения.

Този метод може да създаде условия за злоупотреби. Има случаи на кръвосмешение. Ще подкрепя това, което казвам с един разказ от САЩ: *През 2010*

*година в Америка сурогатна майка бе заплодена от ембрион, направен от генетичните материали на баба и внук. Историята започва години назад, когато момиче от католическо семейство на 18 години забременява и ражда извънбрачно момиченце. Остава го в дом. Оставеното в дом момиченце пораства, ражда му се син. Когато майката на момчето умира, синът ѝ решава да открие баба си. Откривайки я той се влюбва в нея и тя в него. Въпреки разликата им от повече от 40 години и роднинската връзка те решават да си имат дете и уговарят жена да износи тяхно дете, за което ѝ заплащат 20 000 паунда.*

За да няма подобни случаи, сурогацията трябва да бъде регулирана. Налага се да има промени в закона. Разликата във възрастта на тези хора, а и това, че имат роднинска връзка поражда някои съмнения. Противоестественно е да има връзка между баба и внук.

Различни граждански организации, психолози и терапевти в България са се обявили против сурогатното майчинство. Психолозите акцентират върху психичното здраве и на детето, и на семейната двойка. Наистина детето няма да бъде психологически здраво. Това, че има трима родители ще го накара да се чувства различно, ще му остави една травма за цял живот. Тази травма би била още по-голяма ако една хомосексуална двойка си наеме сурогатна майка да ѝ износи дете. В такъв случай детето ще има двама бащи и една майка. Реалността ще се приеме след като дете, заченато по такъв начин поотрасне малко (то ще приеме, че има две майки и един баща, двама бащи и една майка, или три майки), но травмата ще остане за цял живот. Такъв човек винаги ще живее с чувството, че е различен, че не е като останалите.

Методи като сурогацията и ин витро създават усещането за семейството като висша ценност. С това имам предвид, че обслужват желанието на много хора, които искат на всяка цена да имат дете. Да отгледаш едно дете е истинско щастие, това е една голяма радост, но все пак има и други цели, които човек трябва да постигне в живота си. Ин витро и сурогацията по някакъв начин правят препратка към едни патриархални ценности от историята за ролята на жената като майка.

Изводите, до които аз достигнах, четейки по въпроса за сурогацията, са, че проблемът има много страни. Тази тема е разглеждана от най-различни гледни точки. Проблемът е, че няма дебат по нея, а в следствие от един такъв дебат законът може да бъде променен. Тази процедура наистина е решила репродуктивните проблеми на

много жени в страните, в които е узаконена. В България тя би решила проблемите с ниската раждаемост, а и на българките с репродуктивни проблеми. Благодарение на ин витро броят на бебета в България малко е нараснал. Ефектът от сурогацията би бил същият. Но в Индия има репродуктивен туризъм. Репродуктивният туризъм е един вид отнемане на детето от жената, която го е износила от страна на чуждестранни двойки.

Това, че сурогацията е платена я превръща в бизнес. Това, че тя трябва да се осъществява посредством договор от една страна въвежда правен ред в осъществяването на процедурата, но от друга страна я превръща в една сделка. Превръща я в сделка между бащата (носител на генетичния материал) и сурогатната майка. Става неясна ролята на съпругата на бащата. Не е съвсем ясно какви са нейните права. Тази процедура превръща жената, която трябва да износи детето в инструмент.

Друг извод, до който достигнах, е, че заместващото майчинство би създавало много сериозни проблеми от всякакъв характер. Трети извод, до който достигнах, е, че по този начин се нарушава автономията на личността. Сурогатната майка ще бъде привързана към детето, понеже го е износила, а двойката генетични родители няма да иска тя да поеме грижите по отглеждането на детето. Ако се случи дете, заченато по този начин да се роди с малформации, родителите няма да го вземат и да изплатят съответната сума на жената, която го е износила. Това значи, че в резултат на този метод може да се роди увреден плод. В такива случаи сурогацията допълнително ще стимулира изоставянето на деца. Тя ще създаде възможност за некоректност от страна на родителите. Те няма да заплатят сумата на жената, която е износила детето. Както казах в началото, този метод би решил финансовите проблеми на много жени, ако те нямат друга алтернатива за разрешаването на тези проблеми.

Проблемът с ниската раждаемост трябва да бъде разрешен, защото ниската раждаемост е много сериозен социален проблем навсякъде, където я има, на двойките с репродуктивни проблеми трябва да им се даде възможност да имат деца, може би по този начин хомосексуалните двойки ще бъдат равнопоставени с хетеросексуалните, но не само на това трябва да се обръща внимание. Не може само за да се разрешат тези проблеми, които изредих по-нагоре да се рискува физическото здраве на жената, която е носителка на плода и физическото и психическото здраве на детето. Премахването на едни проблеми не бива да създава предпоставки за възникването на други.

Ключови понятия: заместващо майчинство, сурогация, сурогатна майка, яйцеклетка, ембрион, легализация, репродуктивен туризъм, генетична двойка, генетичен материал, експлоатация, женски организъм, утроба, договор, донор, биологични родители, асистирана репродукция.

*Литература:*

1. Асенова, А. 2011. „Сурогатното майчинство – нови идентичности в ерата на модерните биотехнологии”. В: *Автономия и Биоетика*, втора част, състав. В. Кънева. София: издателска къща – Критика и Хуманизъм.
2. Александрова-Янкуловска, С. 2010. *Биоетика* Издателски център Му – Плевен.
3. [http://www.zachatie.org/index.php?option=com\\_smf&Itemid=99999999&topic=860.0](http://www.zachatie.org/index.php?option=com_smf&Itemid=99999999&topic=860.0)
4. <http://www.webmd.com/infertility-and-reproduction/guide/using-surrogate-mother>
5. <http://www.surrogacyuk.org/>
6. *Сурогатното майчинство – преосмисляне на понятията брак, родителство, бащинство, майчинство-презентация*
7. *Етични проблеми при асистираната репродукция-презентация*
8. <http://www.blitz.bg/article/28015>
9. [http://novinar.bg/news/tcarkvi-i-religii-protiv-surogatnoto-majchinstvo\\_Mzc5Njs3Mw==.html](http://novinar.bg/news/tcarkvi-i-religii-protiv-surogatnoto-majchinstvo_Mzc5Njs3Mw==.html)
10. <http://www.segabg.com/article.php?id=590714>
11. <http://argumenti-bg.com/18297/lidiya-chorbanova-zamestvashtoto-maychinstvo-ne-e-kapriz-a-edinstven-shans-pri-tezhki-zdravoslovni-problemi/>
12. <http://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2135637484> - Семейен кодекс
13. <http://lex.bg/laws/ldoc/2135489147> - Закон за здравето
14. <http://bioetikaisocialnadeinost.wordpress.com/2012/01/22/%D0%B8%D0%BD-%D0%B2%D0%B8%D1%82%D1%80%D0%BE-%D0%B8->

%D1%81%D1%83%D1%80%D0%BE%D0%B3%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F-%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B8-%D0%BD%D0%B0-%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D1%83%D1%81%D1%82/

**Роден под символ „X“.**  
**Етични аспекти на анонимното изоставяне на новородени деца**  
**Етически преглед на политики**

**Маргарита Габровска**

**Роден под символ „X“1.**

Законът за „Раждане под X“ е приет във Франция през 1941 г. и позволява на бременни жени да родят в обществени болници, като запазят в тайна личните си данни и попълнят необходимите документи, единствено поставяйки знак „X“. Този закон позволява легално изоставяне на деца на ниво родилен дом, а при напускане на болничното заведение майката е освободена от заплащане на такси и разходи по престоя си.

**Етични аспекти на анонимното изоставяне на новородени**

*Ключови думи:* изоставяне, „бебешка кутия“, права на детето, закон, анонимност, риск, раждане

*В настоящата разработка ще бъдат представени някои от мерките, прилагани в различни страни по отношение на проблема с изоставянето на новородени деца. Алтернативите, които предстои да бъдат разгледани са въведени главно заради потенциалните рискове за физическата безопасност на децата при изоставяне в неблагоприятна среда. Съществуването им обаче поражда множество дебати.*

Обект на етически анализ тук представляват две възможности за анонимно изоставяне на новородени – в специално пригодени „кутии за бебета“ или директно след раждане в обществена болница при наличие на действащ закон за конфиденциалност, даващ право на майката да запази анонимността си. И двете мерки са широко дискутирани, като получават както подкрепа, така и сериозни критики и осъждане. Основният аргумент на защитниците на подобни анонимни форми на изоставяне е изграден около **грижата за новороденото и физическата му безопасност**. Критиките пък най-често се базират върху проблеми, свързани с **правата на детето, отговорното поведение на възрастните и поощряването на определен модел на поведение**. Дали със съществуването си практиките за анонимно изоставяне не носят повече вреда отколкото полза както с директните последици върху децата, така и с посланията, които изпращат към обществото?

## **Произход и разпространение на „кутиите за бебета“**

Историята на „кутиите за бебета“ датира от времето на средновековна Европа. Катедралите притежавали специално пригодени прозорци, на които били изоставяни нежеланите новородени деца. Тази практика подsigурявала физическата безопасност на бебетата и им давала втори шанс за семейство благодарение на възможността за осиновяване. Практиката с „кутии за бебета“ се завръща в Европа през последните десет години, като притежава различен статут в зависимост от държавните политики в сектора. Единствената страна, в която тази процедура е законово регламентирана, е Унгария. „Кутии за бебета“ с неясен статут обаче има в Германия (около 100), Полша и Чехия (около 40), Латвия (7), Литва, Русия и Словакия (по две кутии във всяка страна), Белгия и Швейцария (по една кутия). Фактът, че по-голямата част от кутиите са разположени в Източна Европа, се обяснява с общото комунистическо минало на страните и битующата нагласа, че държавата има отговорността да се погрижи за децата. Друго обяснение, базирано на религията, се посочва от професор Кевин Браун, психолог от университета в Нотингам. Според него, тъй като в част от горепосочените страни изповядваната религия е католическа, налице е нагласа за отхвърляне на неомъжените майки, което принуждава жени, попадащи в тази категория, да прибягват до крайни мерки, за да запазят мястото си в обществото.

## **Какво представляват „бебешките кутии“ днес?**

Съвременните „бебешки кутии“ се помещават в болниците и по-точно на възможно най-изолираната и прикрита болнична стена. Съоръжението представлява метална врата с дръжка. Зад вратата е разположена кутия, подобна на кувьоз, оборудвана с одеяло и затоплена на подходяща за новородени температура. В нея има и писмо, което дава информация на родителя какви са условията за взимане на бебето обратно при промяна на решението. Екипът на болницата получава сигнал за бебе в кутия, благодарение на малка клапа, снабдена с датчик за движение, две минути след оставянето му - време, предназначено за спокойното, анонимно оттегляне на майката от мястото.



## **Позицията на България относно „бебешките кутии“**

Това е тема, за която се заговори у нас едва през есента на 2012 г. Позицията<sup>2</sup> на организацията, занимаваща се приоритетно с превенция на изоставянето на деца и отглеждането им в семейна среда - „За нашите деца“ - беше категорично отхвърляща. Аргументите са свързани с необходимостта от познаване на здравната история от самите деца и евентуалните наследствени обременености, за които те имат право да знаят. Анонимният характер на изоставянето би могъл да стимулира всички форми на злоупотреба с детето именно поради липса на легитимност и регистрация на раждането, което може да се свърже и с трафик на бебета.

(<http://bnr.bg/sites/horizont/Shows/Current/BeforeEveryone/Society/Bulgaria/Pages/0409babybox.aspx> )

Ако бъде приета хипотезата, че именно майката изоставя детето си, водена от собствени съображения, то автоматично бива нарушено правото на бащата и близките да полагат грижи за детето, тъй като отсъства път, по който да бъдат открити и информирани от социалните служби. Смята се, че практиката в България е добра, тъй като близките и роднините са успешно използвани като ресурс, който може да полага грижи за детето, предпазвайки го от изоставяне и попадане в институции. Друго съображение се основава на проучване в Унгария, при което е установено, че 15 от 16 изоставяния в „кутии за бебета“ са били извършени от бащите, което поставя проблема с нарушеното право на майката да полага грижи за детето си.

Редица изследвания в Европа сочат, че въвеждането на подобно опростено решение на проблема с изоставянето на деца не е добър вариант, тъй като липсват емпирични доказателства, че точно това решение отговаря на причините, поради които родители изоставят или убиват децата си. Освен това, въвеждането на „кутии за бебета“ не е оказало влияние върху годишните статистики на страните, отчитащи броя изоставени на улицата или убити новородени.

Изоставянето на новородено е тежка раздяла както за него, така и за родителите му. При необходимост от подобна раздяла е необходимо създаване на условия, осигуряващи запазване на детското благополучие и права. Това означава процесът да гарантира подкрепа за справяне с травмата и отработване на емоционалните преживявания на всички засегнати. Всичко това изключва анонимността, на която се основава „кутията за бебета“.

## **За преимуществата и недостатъците от „кутиите за бебета“**

Можем ли да бъдем сигурни, че именно биологичната майка се отказва от детето, оставяйки го в кутията, а не например зложелател, насилствено отнел бебето от нея? Основавайки се на вече изложеното по-горе, отговорът би бил отрицателен. Тук се корени и една от важните критики към кутията за бебета – невъзможността да бъде разкрит възрастният, оставящ детето, както и мотивите за изоставянето. „Кутиите за бебета“ неволно биха могли да се превърнат в средство за освобождаване на сводници от излишния „товар“, а държавата, позволила поставянето им – в съучастник в тежко престъпление. Възможна е и ситуация, в която не става дума за проституираща жена, а за принуда от партньор или натиск от близки, свързан с изоставянето на новороденото против волята на майката. Тази потенциална възможност действително е сред уязвимите звена на практиката.

От друга страна фактът, че „кутиите за бебета“ осигуряват физическото оцеляване на новородените и им спестяват телесни травми (макар и за сметка на емоционалните) и ги предпазват от смърт, е неоспорим, което дава основание мярката да бъде наричана от защитниците си „save haven laws“, „baby Moses laws“ и „hatchery laws“. Изхождайки от предпоставката, че майката е взела решение да изостави детето си поради сериозни лични основания, най-доброто, което бихме могли да сторим в случая, е да се опитаме да осигурим физическата безопасност на детето и да се отнесем с уважение към избора на майката, въздържайки се от обвинително отношение. Дали обаче изходът нямаше да бъде друг, ако в майката беше инвестирано преди раждането, като инвестициите бяха в посока подкрепа и изграждане на мотивация за задържане на новороденото?

Това е и критиката, която отправя към услугата детският психолог Мария Херцог 3 - не е ли по-добре да бъде вложен ресурс в повишаване на родителския капацитет на майката и в социално подпомагане, отколкото тя да бъде насърчена да се откаже от отговорността за отглеждане на детето си? Херцог изказва мнението, че по-ефективно решение би било да се окаже подкрепа на майки, изпаднали в трудна ситуация, които са готови да се откажат от децата си, вместо да им се предоставя възможност да ги изоставят.

(Член на Комитета по правата на детето към ООН и независим експерт като изследовател и университетски преподавател)

Смущаващи измерения достига стремежът на поддръжниците на кутиите в опитите за обосноваване на необходимостта от тях. Обръща се специално внимание на факта, че родителят не е оставил детето си на улицата, а е избрал „кутията“. В тази връзка дори биват отправени благодарности към него (които биха прозвучали почти като „Благодарим Ви, че не убихте детето си!“), които звучат толкова нелепо, колкото би звучала една отправена благодарност към някой, който, вървейки по пътя си, не се е отклонил, за да сгази туфа теменужки в близката градинка и да изхвърли опаковката от вафлата си върху тях. Силно бива преекспонирана положената от родителя грижа. Сякаш напълно отсъства идеята за неотменими задължения и отговорност към другия, в случая - към биологичното дете. Разчита се на благоволенieto на майката, която, ако реши, би могла да прояви милост към живота и здравето на детето си, извършвайки определена логистична дейност; изглежда тук цялата грижа се свежда именно до една проста логистика – вместо да го отнесе до контейнер или поляна, майката го отнася до „бебешката кутия“.

Според чл. 7 на Конвенцията за правата на детето, всяко дете има право да знае кои са родителите му и да бъде отгледано от тях. В този смисъл „кутиите за бебета“ престъпват това право, което е и причината Комитетът за правата на детето на ООН да препоръчва забраната им. От друга страна изоставянето е факт и не е реалистично да се смята, че всички рискови бременности биха могли да бъдат обхванати, за да бъде осъществена превенция на изоставянето. Стефани Уолперт, отговорна за кутията за бебета в Берлин, настоява, че тяхната система спасява човешки животи, а това не може да бъде престъпление. Проблемът с изоставянето на деца предполага решение, основаващо се на дилема – от една страна “кутиите за бебета“ реално спасяват животи, но на цената на изначално потъпкани права на децата, а и на родителите, които биват лишени от помощта на държавата.

(<http://sacp.government.bg/normativna-uredba/mejdunarodni-konvencii/konvencia-pravata-deteto/>)

Експертите, които критикуват тази практика, поддържат мнението, че подобни алтернативни подходи подтикват хората просто да изоставят бебето си, вместо да потърсят социална подкрепа. На това твърдение обаче противостои статистика от последните десет години, според която немалка част от родителите, които оставят децата си в кутия, се обаждат и взимат бебетата си обратно след няколко дни - през последното десетилетие в Хамбург по този начин са изоставени 42 бебета, 17 майки са потърсили своите деца, а 14 живеят с тях към днешна дата. Аргументът, че

анонимното изоставяне допринася за насърчаване на безотговорното поведение, е смело твърдение. Моралното чувство на всеки родител, свързано с дълга и отговорността към собственото дете, както и неизбежната вина от изоставянето, би следвало да присъстват у всеки, решен да изостави детето си, без значение дали пътят към това е анонимен или не. Възможността за запазване на конфиденциалност не отменя отговорността пред себе си. Факт обаче остават нарушените детски права, неяснотата около попадането на нежеланото бебе в кутията и рисковият характер на непроследените бременности. Като ключов недостатък би могла да бъде изтъкната именно липсата на жив контакт с родителя, в който специализирано лице да укаже подкрепа без натиск при вземане на решението и изясняване на обстоятелствата. Именно такава мярка се прилага в няколко страни, посредством закон, осигуряващ право на анонимно раждане и изоставяне на бебе в обществена болница.

### **Какво представлява законът за анонимно раждане?**

Това е закон, позволяващ на бременна жена да роди в обществена болница и да изостави новороденото си, като запази пълна анонимност. Майката бива освободена от такси и плащания, свързани с интервенциите и престоя в болничното заведение. Единствените страни, които предлагат подобна пълна степен на анонимност при раждане в болнично заведение, са Франция и Люксембург. Законът, регламентиращ подобни действия, е известен под името „Childbirth under the X“ и съществува от 1941 г., когато е въведен от про-нацисткото правителство при Режима на Виши. Широко дискутирана е настоящата необходимост от подобен закон, тъй като се смята, че въвеждането му е имало своето основание единствено в определен исторически контекст и към настоящия момент липсва основание подобен закон да продължава да действа. Сходни мерки са налице и в Италия и Гърция – запазването на анонимността на майката е възможно, но само до навършването на пълнолетие на детето, когато, при желание от негова страна, то е в правото си да получи информация относно самоличността на родителите си.

(Режимът на Виши (или Режим Виши), официално Френска държава, наричана и Вишистка Франция, е френска марионетна държава през периода 1940-1944 г. по време на окупацията на Франция от Нацистка Германия през Втората световна война. Името идва от седалището на правителството в курортния град Виши.)

## **Преимущества и недостатъци на закона**

Особен етичен сблъсък възниква между законовото третиране на една и съща постъпка при наличие на различни условия. От една страна, на европейско ниво, неанонимното изоставяне е третирано като наказуем акт, но от друга, анонимното такова в някои страни се обезпечава. Посредством такива закони се проблематизира социално желаното послание, което следва да се изпраща към обществото. Морално допустимо ли е да бъде подкрепяно пълното абдикиране от отговорност, което обезпечава законът за анонимното раждане, а да бъде осъждано неанонимното такова, което все пак дава възможност детето да се сдобие с информация за родителите си в даден етап от живота си?

Може би единственото основателно твърдение, което би могло да бъде изказано в подкрепа на анонимното раждане, е фактът, че осигуряването на подобна конфиденциалност редуцира броя на рисковите извънболнични раждания. Така майките, решили да изоставят новородените си, могат да го направят след извършване на раждане, съдържащо минимален риск както за техния, така и за живота на бебето. Възможността за личен контакт на медицинското лице с майката носи потенциална възможност решението ѝ да бъде обсъдено и да бъдат намерени други алтернативи, свързани със задържането на детето, вместо с изоставянето му. Често причините за отказ от дете се оказват икономически или са свързани с вътресемейни конфликти. Подобни фактори могат да насочат майката към тежкото решение за изоставяне, но адекватната и навременна консултация със специализирано лице би могла да насочи майката към възможности за подкрепа и сътрудничество при задържане на новороденото.

От друга страна, законът за анонимното раждане поставя медицинските лица в позицията на пасивни съучастници, които партнират на майката при нарушаването на правата на новороденото. Както при „бебешките кутии“, тук също е нарушено правото на детето да познава родителите си и да бъде отглеждано от тях. Утежняващ обстоятелствата в случая е фактът, че при анонимното раждане съществува възможност за директен контакт с майката и като така неизискване на личните ѝ данни би могло да се разглежда като престъпно спрямо детето бездействие. „Престъплението“ обаче притежава морален, а не правен характер, тъй като правно то е обезпечено. Това поставя в тежък конфликт моралното чувство на специалиста-човек, от една страна, и законовите регламенти, от друга.

Проблемът с изоставянето на новородени изисква комплексна работа, която следва да започне още с първите регистрирани индикации за риск от изоставяне в периода на бременността. Както „бешките кутии“ така и законите, като съществуващите във Франция, обхващат единствено последиците от развили се обстоятелства. Подобни мерки не биха могли да редуцират броя на изоставените бебета, тъй като елементът на анонимност възпрепятства осъществяването на каквато и да била превенция. Проблемът би могъл да бъде счетен за овладян или преодолян, когато в центъра на работата се постави навременната работа с родителите в името на най-добрия интерес на детето.

**Използвани източници:**

<http://www.thedailybeast.com/articles/2012/07/11/europe-s-growing-crisis-of-abandoned-babies.html><http://www.babybox.lv/index.php?id=45>

<http://bnr.bg/sites/horizont/Shows/Current/BeforeEveryone/Society/Bulgaria/Pages/0409babybox.aspx>

[http://www.dnevnik.bg/sviat/2012/06/27/1854592\\_bebeta\\_ot\\_kutiia\\_ili\\_koi\\_e\\_prav\\_kogato\\_s\\_e\\_izostavia/](http://www.dnevnik.bg/sviat/2012/06/27/1854592_bebeta_ot_kutiia_ili_koi_e_prav_kogato_s_e_izostavia/)

<http://sacp.government.bg/normativna-uredba/mejdunarodni-konvencii/konvencia-pravata-deteto/>

<http://dartsnews.bg/News/25312>

<http://www.bbc.co.uk/news/magazine-18585020>

**КУРС РЕПРОДУКТИВНА ЕТИКА**

**МАГИСТЪРСКА ПРОГРАМА ИНТЕГРАТИВНА БИОЕТИКА**

