

**Софийски университет „Св. Климент Охридски“
Философски факултет
Катедра „Социология“**

Вероника Симеонова Димитрова

**Към социалното конструиране на тялото на гражданина: здравето,
болестта и хигиената през междувоенния период в София**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертация за присъждане на образователната и научна степен
„доктор“

в професионално направление

3.1. „Социология, антропология и науки за културата“

Научен ръководител: **доц. д-р Милена Якимова Якимова**

София, 2014

Дисертационният труд се състои от увод, изложение в четири части, заключение, библиография и приложения. Общият му обем е 600 стандартни страници.

В библиографията са посочени 377 заглавия, от които 302 на български език и 75 на английски език.

Публикациите по темата са 4, от които 3 на български и една на испански език.

Научно жури:

проф. Искра Христова Дандолова

проф. дсн Майя Димитрова Грекова

доц. д-р Ина Димитрова Цацова

доц. д-р Мартин Стефанов Канушев

доц. д-р Милена Якимова Якимова

Защитата на дисертационния труд ще се проведе на от
..... часа в

Материалите по защитата са на разположение на интересувашите се в кабинет 409, бул. „Цариградско шосе“ 125, 1113, катедра „Социология“, Философски факултет, СУ „Св. Кл. Охридски“.

Съдържание на дисертационния труд

Увод.....	4
Първа част: Медицинското конструиране на тялото на гражданина.....	16
Първа глава: Парадигми и научни открития в медицината – международен контекст.....	16
Втора глава: Предистория на идейните и политически противопоставяния между различните движения в медицината и здравеопазването в България.....	30
Трета глава: Тенденции и промени в медицината през междувоенния период.....	46
Четвърта глава: Три примера, които онагледяват промените в медицината от междувоенния период.....	79
Пета глава: Някои промени в медицината от 30-те.....	98
Шеста глава: Законодателството в сферата на здравеопазването от междувоенния период.....	109
Втора част: Конструирането на тялото на работника.....	132
Първа глава: Улавянето на фигурата на един имагинерен обект – работникът и „неговото“ здраве в периода до Балканските войни.....	135
Втора глава: Законодателството преди Първата световна война по работническия въпрос.....	155
Трета глава: Развитието на индустрията и <i>Законът за хигиена и безопасност на труда</i> по време на Първата световна война и след нея.....	171

Четвърта глава: Как се трансформира дискурсът за работника от системата на социалното осигуряване и темата за рационализация на труда.....	211
Трета част: : Социалното конструиране тялото на бездомника.....	240
Първа глава: Как се появява бездомническият въпрос и как се изгражда законодателството, което пряко и непряко го засяга?.....	241
Втора глава: Към противопоставените отношения между държавата и общината и новото разбиране за частната собственост.....	260
Трета глава: Поставянето на въпроса за хигиеничността на бездомническите „къщи“ (позициите на общината, районните кметства и санитарната власт).....	277
Четвърта част: Социалното конструиране на тялото на жената.....	306
Първа глава: Как и къде се полагат медицинските статии в по-широко конструирания образ на добрата домакиня и майка в списанията <i>Икономия и домакинство</i> и <i>Модерна домакиня</i>	311
Втора глава: Конструирането на тялото на жената и детето.....	343
Заклучение	376
Библиография.....	383
Приложения.....	

Увод

Дисертационният труд се полага в пресечната точка между социология на града, социална история и социология на регулациите. Фокусът на изследването пада върху разбирането на това как във всекидневното се отразяват големите социални процеси. Тези процеси, които най-често назоваваме като индустриализация, модернизация, криза, революция са онагледени на нивото, в което се проявяват в действителния съвместен живот. От друга страна, считам, че най-добрият начин исторически да уловим как се прави опит да бъде регулиран съвместният живот е да намерим местата на съпротивите. Едно такова място на съпротива е София през междувоенния период.

Периодът между двете световни войни е белязан от опитите за овладяването на следвоенните кризи. Усилията за овладяването им не са само икономически, напротив – те са насочени към реорганизиране на социалния опит – към изковаване на нови социални категории, към това да направиш тези социални категории по-малко революционни, а наред с това да ги цивилизоваш. Следвоенните кризи извеждат на първо място въпроса как да бъде реорганизиран съвместният живот през темите за бедността и израждането. Политиките за реорганизирането му са множествени, но през междувоенния период се откроява един важен механизъм, чрез който е търсен достъп до управлението на съвместния живот – това са биополитиките и медицината. А оттук идва и следващото допълнително фокусиране на работата – **предмет на изследването е как биополитиките и медицината допринасят за модернизирането на съвместния живот.**

Хигиената и медицината само съучастват в по-общия проект за изнамирането на категориална карта, в която да бъде разположена една от най-големите заплахи през този период – революционната бедност, която е обхваната през категориите на работника и бездомника. Затова Втора и Трета част от дисертацията са посветени на тези две фигури. През този период се появява и едно следващо безпокойство – за израждането. Затова хигиената от този период се насочва към детето – социалната проекция на бъдещето и прогреса. До детето се търси достъп през различни институции – училището, фабриките, семейството. В семейството се влиза чрез дефинирането на ролята на жената в грижата за детето. Това е причината Четвърта част от

дисертацията да е посветена на медицинската пропаганда в женския печат.

Основното заключение от работата е, че тъкмо в този период в България, и в частност София, е изобретена сложна разграфяваща живота на гражданина решетка на различни всекидневни светове, която се стабилизира предимно чрез изграждането и утвърждаването на модела на буржоазното семейство и грижата за детето.

Изследвани източници:

- Медицинските списания от периода след Освобождението до Втората световна война. Това са: *Съвременна хигиена* (1907–1912), *Медицинска беседа* (1894–1912), *Български лекар* (1905–1924), *Медицинска мисъл* (1921–1930) и *Медицинско списание* (1908–1940);
- Законодателството по народното здраве, неслучилите се законопроекти за народното здраве и дебатите около тях в Стенографските дневници на Народното събрание и протоколите на Върховния медицински съвет;
- Известията на Главна дирекция на народното здраве; Архивът на Министерство на вътрешните работи и народното здраве (ф. 370 к, ф. 274 к), в който са запазени основни документи от Главна дирекция на народното здраве и протоколите на Върховния медицински съвет, Архивът на Института на народното здраве (ф. 583 к); личният архив на Стефан Консулов (ф. 1618к);
- Наличните здравни статистически изследвания и медицинската книжнина;
- *Списание на Българското икономическо дружество*;
- Изданията на Отделението на труда и отделни книги, писани по работническия въпрос;
- Законодателството по работническия въпрос – *Закон за женския и детския труд* (1905 г.), *Закон за хигиена и безопасност на*

труда (1917 г.), неговите поправки и дебатите около него, публикувани в Стенографските дневници на Народното събрание, *Закон за общественото осигуряване*, както и допълващото социално законодателство;

- Анкетите по труда: Анкета на едрата и покровителствана индустрия в Царство България (1921 г.); и Статистическите годишници на България;
- *Столичен общински вестник*, както и отделни книги, статии (част от които са публикувани в *Списание на Българското икономическо дружество*) и жилищни статистики, публикувани по темата;
- Законодателството, свързано с благоустройството и градоустройството на големите градове, както и законодателството за усядане за бездомниците от края на 20-те години: *Закон за благоустройството на населените места в Княжество България* (1898 г.); *Закон за благоустройството на населените места в Княжество България* (1905 г.); *Закон за напрана на економически къщи и за насърчение на жилищния строеж* (1924 г.); *Строително-полицейски правилник за сградите в Столицата* (1924 г.); *Закон за издаване на нотариални актове за собственост върху общински места, дадени или заети за жилища на бездомници* (1928 г.), дебатите около него в Стенографските дневници на Народното събрание и неговите изменения и допълнения;
- Държавен архив–София: протоколите на Общинския съвет от 20-те и 30-те години на XX век, протоколите на районните кметства (ДА–София, ф. 1к, оп. 1), отделни запазени писма и отчети (ДА–София, ф. 1к, оп. 3);

- Най-многотиражираните женски списания *Модерна домакиня* (1924–1941 г.) и *Икономия и домакинство* (1921–1944 г.) и вестник *Илюстрирана седмица* (1923–1936 г.).

Първа част

Медицинското конструиране на тялото на гражданина

Първа част от дисертационния труд си поставя за цел реконструирането на трансформациите на медицината и здравеопазването от началото на XX век до Втората световна война, а оттам и медицинското конструиране на тялото на гражданина през категориите за болестта, здравето и хигиената. За изпълнението на тази цел съм изследвала: 1. основните медицински списания в периода от началото на XX век до Втората световна война, за да открия различията в конструирането на тялото на гражданина в школите в медицината; 2. как институционално се създава системата на здравеопазването през законодателството – законите за народното здраве; и 3. как започва да функционира системата на здравеопазването през разпръснатите архиви на Дирекция на народното здраве – писма, протоколи и архива на Върховния медицински съвет.

Основната хипотеза, която предопредели първоначалния прочит на списанията и законите за народното здраве, беше, че в българското здравеопазване има две движения – едното лечителско (на русевистите), а другото хигиенистко (на ораховистите). При лечението обект е болният, а при профилактиката – причината за болестта. Обективирването на болния и болестта си служат с различни техники (на обективация) – в единия случай това е дискурсивното „разчленяване“ на тялото на органи, обективира се тялото и му се дава норма за здравето функциониране на органите; в другия случай обект е населението, което се анализира и „разчленява“ статистически. Тялото се разболява от дисфункцията на някой орган, а населението се разболява от взаимно свързаните условия на живот и/или в края на XIX век – от хиперфункцията на някоя невидима с просто око твар, бацил. Единият поглед е качествен – съсредоточаващ се върху болестта в тялото на болния, а другият е количествен – изброяващ, измерващ, разчленяващ с цел управление или „власт над живота“. От това разграничение, може да

се каже, че погледът на хигиената и профилактиката е биополитически, защото ситуира болестта в съвкупните процеси на населението, а другият е дисциплинарен, защото се стреми към нормализиране на индивидуалното болно тяло. Впоследствие обаче се оказва, че и двете движения в медицината в България след Освобождението се застъпват за профилактика и хигиена, а лечението се определя като второстепенна задача на здравеопазването. Открои се и едно трето движение – на социалните и расовите хигиенисти в България, което също се застъпва за определен тип хигиена. Така се наложи преформулирането на хипотезата и проследяването на това какви са различните представи за хигиена в отделните движения – как си представят болестта, здравето, от какво възникват епидемиите, към какви субект-обекти трябва да бъдат насочени здравеопазните политики.

Проследяването на медицинските списания и медицинската книжнина показва, че движенията и техните противопоставяния (идейни, научни, политически) не остават веднъж завинаги установени – напротив те се променят. Затова детайлно съм открила как се променят границите между движенията в зависимост от трансформациите в науката и политическите им противопоставяния. В процеса на описание на това динамично чертаене на граници между ораховистите, русевистите и социалните хигиенисти в медицината, приспособяването на различни международни научни открития и вписването им в програмите им, се наложи да се мисли за „групите“ като за движения. В текста използвам думата „движение“, а не „група“, за да опиша парадигмалните трансформации в отделните школи в медицината в България.

Първа глава: Парадигми и научни открития в медицината – международен контекст

В Първа глава са маркирани основните теории и научни открития в медицината, които предопределят нейното развитие. Акцентът пада върху видовете хигиена, върху разликите в погледа на лекаря в зависимост от тях. От една страна, санитарната хигиена, която се фокусира върху благоустройството и градоустройството и за която заразяването идва от физическата среда. Основен неин представител е Едуин Чадуик в Англия. От друга, новата хигиена, след откритието на Луи Пастър за бацила, която набляга на контактния характер на

болестта. Двата погледа са насочени към различни обекти – докато санитарната хигиена се фокусира основно върху градското благоустройство, новата хигиена се фокусира повече върху човека като динамична проекция на социалните връзки. В тази глава е очертано как научните открития са оценностявани – чрез преводи между различни сфери от културата, между различни безпокойства, между медицинските езици и езиците на други дискурси. Благодарение на тези преводи се утвърждава ролята на хигиената – на медиатор между благосъстоянието и здравето.

Втора глава: Предистория на идейните и политически противопоставяния между различните движения в медицината и здравеопазването в България

Във Втора глава са позиционирани българските движения в медицината и здравеопазването спрямо очертаните в Първа глава санитарна и нова хигиена. Показани са разликите между зараждащите се идейни различия между движенията в медицината – ораховистите, русевистите и социалните хигиенисти. Може да се каже, че и трите движения се застъпват за различни видове хигиена. В началото на ХХ век ораховистите наблягат на значението на влиянието на градската среда върху тялото на гражданина и се доближават до санитарната хигиена, русевистите се застъпват за намеси в колективния живот на населението само при епидемии, чрез дезинфекция и контрол на социалните връзки и се доближават до новата хигиена. От това следва, че заплахите за тялото на гражданина се виждат извън него – в средата (във физическата или социалната среда). Третата група на социалните хигиенисти се появява относително по-късно. Те се застъпват за влиянието на идиокинетичните фактори като расови отрови – това са венерическите болести, алкохолът и туберкулозата. Счита се, че тези болести оказват влияние върху качеството и количеството на населението. Това движение възражда определен биологичен национализъм, като сплита дискурсите на медицината с безпокойствата за израждането на нацията.

Трета глава: Тенденции и промени в медицината през междувоенния период

В Трета глава проследявам как се развива медицината през междувоенния период на международно равнище и как медицинските движения в България усвояват, адаптират и преконтекстуализират научните открития и школите в медицината. Описвам този процес в неговата динамика. Вследствие на войната и експериментите с ваксини в лабораториите, новата хигиена е трансформирана от теориите за имунитета. Иmunният отговор става особено важен за разбирането на това как новата хигиена се завръща към тялото. Докато феномените на имунитета след откритието на Луи Пастър само съпътстват научното откритие за бацила, след Първата световна война имунитетът е основата на изграждането на бактериологическата теория. Изследванията на имунитета са белязани от смесването между физиология и бактериология. Основен акцент при тях пада на наблюдението на това как тялото реагира при навлизането на бактериите.

В България в началото на 20-те години русевистите продължават да се застъпват за хигиена чрез дезинфекция и за профилактика чрез пропаганда сред населението. След средата на 20-те години те постепенно изместват своя поглед към имунитета и имунния отговор. Така те преориентират интереса си към проследяването на епидемиите. Докато преди войната и в началото на 20-те години те се застъпват за изолация и дезинфекция и посредством това държат погледа си към града, защото градът е място, много по-силно заплашено от епидемии. След средата на 20-те години те се насочват към вътреболничното наблюдение на пациентите при епидемии. Иmunната система и имунният отговор все повече завръщат идеята за определени предиспозиции на тялото към болестта или към конституцията. И посредством това движението на русевистите е хибридизирано от различни расово и социално хигиенични теории. Тази трансформация в идеите им е съпътствана от това, че след войната русевистите започват да работят в новооткрития Медицинския факултет и Александровска болница.

По това време ораховистите заемат основни постове в градската санитарна служба. Те продължават да държат погледа си съсредоточен във влиянието на физическата градска среда върху тялото. Според тях най-сериозните причини за епидемиите са в благоустрояването – в отводняването, канализацията и водопровода. Постепенно обаче противоречията между движенията стихват, защото териториите между

тях се преразпределят. Русевистите се съсредоточават в болниците, а ораховистите в санитарните участъци. Това преразпределяне обаче оказва влияние върху факта, че постепенно ораховистите са лишени от възможност за възпроизводство на техните знания.

Третото движение – на социалните и расовите хигиенисти, се застъпва за премахването на идиокинетичните фактори – алкохолизма, туберкулозата и венерическите болести. Тъй като при тях има особен акцент върху тялото и върху това как е възможно то да бъде отклонено от нормалността, постепенно това движение започва да хибридизира останалите две движения. Движението на социалните хигиенисти хибридизира другите две и поради общото усещане за израждането на народа след войните.

Четвърта глава: Три примера, които онагледяват промените в медицината от междувоенния период

Тъй като промените в медицината от междувоенния период са многостранни и многопластови, в тази глава показвам три конкретни примера, през които могат да се онагледят противоречията и сливанията между различните движения. От една страна, един нашумял в пресата случай – за приложението на Фридмановата ваксина в България, по който двете движения на русевистите и ораховистите спорят. От друга, на това как двете движения гледат на болестта ревматизъм. От трета страна, анализирам биографията на социалния хигиенист Стефан Консулов. Последният пример е различен от останалите. Но тъй като през междувоенния период не излиза отделно списание на социалните хигиенисти, е трудно тяхната позиция да бъде уловена. Това е причината да анализирам биографията на Стефан Консулов.

По отношение на Фридмановата ваксина русевистите се застъпват за приложението ѝ в България. Ваксината на д-р Фридман обаче е от по-особен вид (за днешните ни представи). Това е ваксина, която се ползва за лечение на туберкулозно болни. Тъй като голяма част от населението по онова време е болна от туберкулоза, през 20-те години на никой в България не му хрумва да използва от ваксините за превенция, защото те се прилагат на незаразени индивиди. Ораховистите се опитват да се противопоставят на въвеждането на ваксината, като казват, че тя не е доказана, а приложението ѝ противоречи на официалната фармакопея. Според ораховистите вместо

да се създава специален Институт Фридман в София от Столична община, трябва да се действа активно върху благоустройството и храненето на населението. Ораховистите се противопоставят на средството поради още една причина – защото то не е безплатно. В края на 20-те години опитите с него са прекратени, защото в новите теории за имунитета (около тази на Паул Ерлих) започва да се измерва специфичната реакция. Фридмановото средство не предизвиква специфична реакция, защото е произведено от туберкулозни бацили, които засягат костенурките, но не и човека. Тук се очертават различията между двете движения – докато русевистите започват да се застъпват за лечение чрез ваксини, ораховистите им противостоят с идеята за хигиена на физическата среда и превенция на заболяемостта.

По отношение на болестта ревматизъм проследявам как двете движения в медицината разглеждат привидно една и съща болест. Острият ставен ревматизъм е разглеждан от ораховистите като болест причинена от условията на живот – предимно от физическата среда. Русевистите оспорват това обяснение на болестта през различни научни доказателства, че болестта се причинява от бактерии, а впоследствие и от авитаминози. В този параграф са посветени няколко страници на това как двете движения разглеждат епидемията от коремен тиф в София. Русевистите се застъпват за това, че населението не е достатъчно оградено медицински и не мие кореноплодните растения. Ораховистите за това, че епидемията зависи от водопровода и канализацията. Крайно решение така и не е взето. Въпросът е, че тези примери онагледяват разликите в разбиранията на двете движения. Русевистите отделят повече внимание на ролята на пропагандата и повдигането на културното равнище на населението. Ораховистите на благоустрояването на града.

Примерът с биографията на Стефан Консулов ни показва няколко важни момента в следвоенните трансформации на социалната хигиена. Биографията на социалния хигиенист Стефан Консулов ни води към това как бактериологията, трансформирана от имунологията, се хибридизира от различни социално-хигиенични теории. От една страна, в житейския път на зоолога Консулов изпъква едно събитие – специализацията в Института Пастьор в Париж през 1930 г. От друга, Консулов преподава курс по наследственост в Медицинския факултет. Въпреки че той държи погледа си към наследствеността, може да

кажем, че в бактериологическите теории е настъпил обрат след откритието на имунитета – те се обръщат към проблемите за конституцията, за наследствеността и така интегрират тези изследвания към себе си. За Консулов заразните болести трябва да бъдат във фокуса на здравеопазните политики, защото те могат да отклонят организма от правилното му функционално развитие и да доведат до израждане на нацията. Наред с това Консулов като социален хигиенист поставя проблемите за репродукцията на нацията на първо място. За него държавата трябва да се грижи за качеството и количеството на поколението. Следователно той изгражда специфична теория за ролята на жената – жената трябва да бъде подготвяна да изпълнява ролята си спрямо нацията – да бъде майка. Така в различни източници започва да се формулира ролята на жената, която изследвам в Четвърта част. Ролята ѝ е конструирана като специфичен биополитически агент.

Пета глава: Някои промени на медицината от 30-те

В Пета глава проследявам международните и българските трансформации на медицината от 30-те години. По това време теорията на Паул Ерлих за молекулярното ниво на придобиване на имунитет става доминираща. Тя не сменя радикално гещалта, а променя само методите за лечение. Постепенно процесивната имунизация отстъпва на химическите средства за лечението на редица инфекциозни заболявания. Например силно токсичният и радиоактивен препарат Салваразан е използван за лечение на сифилиса. По това време медицинският печат се изпълва с реклами на различни химиотерапевтични средства.

През 30-те години виждаме още една трансформация в движенията в медицината. Русевистите започват да настояват, че бактериалните инфекции променят функциите в тялото, тоест водят до израждане. Това означава, че като средства за превенция те започват да приемат някои санитарно-хигиенични фактори, които до скоро са отричали. Това приемане не се случва без появата на нови агенти на сцената на медицината – това са витамините. През 30-те години русевистите започват да се застъпват за специфичен тип превенция – за активна имунизация или за приложение на ваксините (тези, които познаваме и днес). Същевременно през 30-те години се вижда как са се

преконфигурирали медицинските мрежи – лабораторията е поставена „в услуга на клиническата диагноза“.

Шеста глава: Законодателството в сферата на здравеопазването от междувоенния период

Докато се разгръща идейното противопоставяне между русевистите и ораховистите, тече активен дебат за новото законодателство в сферата на здравеопазването. До приемането на *Закона за народното здраве* от 1929 г. са предложени и отхвърлени общо пет законопроекта. Те очертават основните противоречия между движенията и тезите, за които се застъпват. Битките се разгръщат в няколко посоки. Първо, по отношение на Централното управление на здравеопазването и функциите на Върховния медицински съвет (ВМС). Ораховистите се застъпват за по-голяма тежест на съсловната организация (БЛС) и създаване на отделно Министерство на здравеопазването. Както и за увеличаване на тежестта на експертните решения и намаляване на политическия фактор. В установената партизанска система и силно централизирано здравеопазване, управлението на здравеопазването е спирано от непрекъснатите местения и съкращения на служителите на министерството. Както и от неспазването на решенията на Върховния медицински съвет, защото всяко решение в Съвета зависи от одобрението на министъра. Предложенията на ораховистите се опитват да преодолеят тези недостатъци на системата на здравеопазването. Те обаче не са приети, а по-скоро институционалната организация на здравеопазването се подчинява изцяло на политическия фактор (това, за което се застъпват русевистите).

Същевременно ораховистите се застъпват за финансова децентрализация на здравеопазването по отношение на лечителството – преминаването на болниците към общините; и централизация на здравеопазването, което е насочено към профилактика. С тези искания се повдига и въпросът за „разредяването на лекарите“ – лекарите да бъдат равно разпределени спрямо населението. Лекарите в този период са концентрирани предимно в градовете. Това не е учудващо, защото в селата няма никакви условия за практикуване. Лекарите през този период приемат напълно това искане за разредяване като мисия на лекарското съсловие. Въпросът е, че това няма как да се случи. В

дебатите обаче постепенно кристализира, че в селата ще се позволи практикуването на фелдшери.

Постепенно в дискусиите около законодателството се появява и една следваща тема – за това към какво трябва да се насочи здравеопазването. Към благоустрояването на населените места (исканията на ораховистите) или към пропаганда (исканията на русевистите). Приема се, че чрез благоустрояването и охрана на труда, тоест чрез регулирането на физическата среда, ще се влезе в противоречие с други институции, затова постепенно се преминава към темата за пропагандата. Все още не е ясно към кого трябва да е насочена тя.

През 1928 г. започва обсъждането на *Закона за народното здраве*, който е приет през 1929 г. В него по отношение на централното здравно ръководство е приет принципът, за който се застъпват русевистите – стесняване на правата на съсловния орган – Върховния медицински съвет, и разширяване на правата на министъра. Местното здравно управление е подчинено на принципите на ораховистите за финансова децентрализация на лечението и централизация на профилактиката – отделят се функциите на лекарите-лечители и лекарите-профилактици, като само последните остават на държавна издръжка. Ръководен фактор в здравеопазването са лекарите-хигиенисти.

В закона са приети редица социалхигиенични принципи – за борба с туберкулозата и алкохолизма. Наред с това цяла глава от закона е посветена на принципите, чрез които трябва да се популяризират медицинските знания, а именно пропагандата: *„хигиенно възпитание и здравна просвета за населението чрез здравна пропаганда: откупуване и печатане на брошури, упътвания и плакати, уреждане на здравна изложба, здравно-кинематографски представления, сказки и пр., наемъ на здравни филми, възнаграждения на сказчици и т.н.“*. Проектът е погледът на лекаря да се превърне във вътрешна самообективация на индивида и така да се инкорпорира като самонадзор. В края на 20-те години с насочването на здравеопазването към профилактиката, се определят обектите на хигиенното възпитание: това са работниците, обитателите на бедните квартали, проститутките, туберкулозно болните, учениците и най-вече майките.

Така в оформянето на различните движения в медицината и техните идейни противопоставяния, може да се каже, че дискурсивен консенсус е изграждането на ролята на майката през грижата ѝ за детето. Освен това в следващите части избрах да работя върху две други особено важни фигури за разбирането на биополитиките от 20-те и 30-те години. Това са работникът и бездомникът като фигури на преконституиране и преконструиране на градската бедност. Фигури, които да се обхванат, да се регулират чрез различни механизми – техники на градското пространство, техники на работната среда, социални осигуровки и пр.

Втора част

Конструирането на тялото на работника

Основната цел на тази част е да реконструира как темите за болестта, здравето и хигиената съучастват в конструирането на една конкретна фигура – тази на работника. В логиката на работата фигурата на работника беше избрана, защото: 1. фигурата на работника е опит да се преконструира бедността; 2. предполагам, че работникът е и градски обитател. Впоследствие се оказва, че фигурата на работника не е толкова силно обвързана с града. Въпреки това през този период София се оформя като модерен индустриален център. Основните задачи на тази част са: да определя защо работникът става значима фигура в социалните политики от 20-те и 30-те години на XX век; през какви системи на социална сигурност се търси достъп до тялото му. Основна хипотеза е, че по отношение на тялото на работника биополитиките и дисциплините от този период ще извеждат проблемите за регулирането на условията на труд.

В тази част е разгледан проблемът за повдигането на работническия въпрос на няколко етапа – първоначалното поставяне на въпроса от началото на XX век и първото социално законодателство; последвалите усилия за формиране на цялостно, обхващащо напълно работника, законодателство по време на Първата световна война до края на 30-те години на XX век. Вторият етап напълно се припокрива с формирането на научните дискурси върху работническото.

Първа глава: Улавянето на фигурата на един имагинерен обект – работникът и „неговото“ здраве в периода до Балканската война

Началният етап на формулирането на отделни елементи в работническото законодателство в България е свързан предимно с контрола на женския и детския труд. В него тялото на „пълновъзрастния наемник“ се определя като тяло на свобода. Законодателството оставя тялото на възрастния мъж работник празно от регулации (с изключение на застраховките в държавните предприятия). Може да се каже, че този тип законодателство действа реакционно – служи по-скоро като инструмент за намаляване на женската и детската заетост в период, в който тя се увеличава. А намаляването ѝ се извършва със социал-хигиенична аргументация, че и двете ще доведат до израждане на нацията.

Наред с това обръщането към ограничаването на женския и детския труд не е случайно. То запълва едно противоречие в политиките от онова време. В статиите по работническия въпрос се казва, че работническата класа не съществува, защото работниците са малко, а индустрията е слаба, но се очаква възникването ѝ. Работническото се вижда като съществуващо в бъдещето. Така политиките по „историческа необходимост“ се насочват към един несъществуващ обект, чрез очакването за неговото възникване. Намесата на държавата в отношенията между работник и работодател се интерпретира през нуждата да се „вардят“ „жизнените сили на днешните и бъдещите поколения на нацията“. Варденето на жизнените сили на нацията обаче се обвързва с темата за израждането на по-крехките тела – тези на жената и детето, и затова протекциите се насочват към тях. В тази логика се формира ранното социално законодателство.

Втора глава: Законодателството преди Първата световна война по работническия въпрос

Един от първите закони, които третира материята за регулиране на условията на труд, е *Законът за детския и женския труд в индустриалните предприятия* от 1905 г. (ДВ бр. 66, 26.03.1905). Той се превръща в основа на работническата политика преди войните. В него телата на детето и жената се конструират като по-крехки и заради това по-склонни към израждане. В основата на закона заляга мотивът за браненето на трудовата способност на бъдещата работническа класа. В

тези ранни дискурси е трудно да бъде отчленена фигурата на жената от тази на детето. Законът забранява женския и детския труд във възрастта, в която се упражняват, но остава неприложим, защото въвежда твърде много изключения, за да не засегне интересите на индустриалците. Характерно за него е, че само бегло засяга въпроса за хигиена на средата – в него се казва, че работническите помещения трябва да са просторни и да не засягат здравето и живота на работниците. Наред с това се урежда и службата на инспекторите на труда, която много бавно се стабилизира поради липсата на бюджети за назначаването на инспектори и поради честите уволнения и местения. Това е причината в по-късните рефлексии върху този закон да се изкаже тезата, че той е „важна стъпка в признаването на едно зло“. Следователно, законът се приема като стъпка в изграждането на дискурсите за контрола на труда, а не толкова собствено като закон.

В *Закона за женския и детския труд* тялото на мъжа работник е тяло на свобода. В условията на непостоянен наемен труд, в които категорията работник е нестабилна, регулацията се насочва към отклоняващите се форми на труд и към отклоняващите се субекти. Отклоняващ се субект-обект обаче тук означава, че на него са му приписани други качества, роли, дейности. Сплитането с протекционизма и поставянето на ударението върху народа и неговия интегритет, както и неговото бъдеще, водят до определянето на тялото на жената и детето като тела, подчинени на репродукцията и благоденствието на народа. Ето защо политиките към работника всъщност се насочват по-скоро към такива отклоняващи се субект-обекти и ги класифицират като нехигиенични форми на труд. Тоест какво е работник се определя от това какво не трябва да бъде работник, отричайки упражняването на правото на труд на около 50% от ранното работничество. Така обаче тялото на имагинерния работник остава тяло на свобода, поне в този начален етап на формиране на ранно работническо законодателство. Само в една посока то се регулира – през първите опити да се въведе застрахователна система.

Предвоенното законодателство се характеризира с множението на езиците и формите на контрол над различни форми на труд, което поражда невъзможността т.нар. работничество да бъде обхванато от един закон. Същевременно политическото говорене е пронизано от искането за общ, цялостен закон, който да регулира работничеството –

израз на желанието да не се изпада в частни случаи и да не се множат „вратичките“, срещу които се противопоставя общото говорене. Именно политическото говорене произвежда наново и наново работника като имагинерен обект. Оттук идва и противоречието между политическите реторики и административната проза преди и по време на войните – волята да се обхване една несъществуваща социална категория се сблъсква с административния език, който практически трябва да обхваща конкретни и специфични категории работещи. В това противоречие се формира дискурс, който говори повече за отклоняващите се форми на труд (на жените и децата) или се опитва да регулира не-свободата да се упражнява труд (през неработоспособното тяло). Така дискурсът образува празна територия – тази на тялото на работника, която предстои да бъде обгърната.

Може би едно от най-важните обобщения за ранното социално законодателство е, че държавата се определя като „арбитър между труда и капитала“. Въпросът е, че с налагането на административната логорея, честите преустройства и дублирането в създаването на институции, които трябва да изпълняват едни и същи задачи, неяснотите, произтичащи от това, че не е ясно коя на коя институция е подчинена, довежда до неефикасност на работническото законодателство в периода преди Балканската война. Законодателството пък е толкова описателно и противоречиво, че е невъзможно да се стигне до неговото практическо приложение през тези разпокъсани и дублиращи се институции. Така, въпреки че има континуитет в правителствените политики по отношение на работническия въпрос, може да се каже, че законодателството поставя основите на една хаотична институционална система.

Трета глава: Развитието на индустрията и *Законът за хигиена и безопасност на труда* по време на Първата световна война и след нея

Развитието на индустрията по време на войните е белязано от навлизането на повече жени и деца в труда поради мобилизацията. Двайсетте години са белязани от положително преосмисляне за възхода на индустрията. Разказва се увеличението на работниците, нарастването на броя на индустриалните предприятия. Механическата сила на индустрията нараства с около четири пъти. Ако трябва да си представим

тази мощ – тя е равна на двигателната сила на четири парахода. Чрез този разказ се утвърждава ролята на държавата във финансирането на индустрията. Погледната от днешна гледна точка, тезата за развитието на индустрията е парадоксална, защото само няколко години след това позитивно преосмисляне започва да се говори за това, че индустрията е дребна, а производството ѝ е слабо. Затова ролята на индустрията е преосмислена – тя се проектира като свързващо звено между това, което наистина произвежда – земеделието, и потреблението. През 30-те години субсидиите на държавата са премахнати и индустрията започва да функционира в нов режим на митнически протекции, които още повече я затварят в националното потребление. На този фон се извежда тезата, че „...цялата ни промишленост има ясно изразен дребно-промишлен характер от занаятчийски тип“, а индустрията е дребна и слабо развита. Затова през 30-те години протекциите се насочват към занаятите. В края на изследвания период заетите в индустрията са около 100 000, или 3% от активното население. С други думи, индустрията от 20-те и 30-те години мимикрира, тя не е конкурентоспособна в различните режими – на насърчение и на митнически протекционизъм. Следва въпросът какво се случва с работничеството?

Структурата на упражнявания труд в индустрията се е променила в някои посоки. Докато преди войните работниците са слабо привързани към упражняването на работнически труд, след войните те започват да бъдат малко по-силно привързани, малко по-дълго да го упражняват. Повечето от работниците в България имат собственост и разчитат на традиционните семейни връзки. Затова голяма част от тях продължава да прехожда от селото в града и обратно.

Предвоенното законодателство все пак е довело до ограничаването на женския и детския труд. Освен това ранното социално законодателство е допринесло за обособяването на жените от децата, които в довоенното законодателство са някак неотчленени. Девойките до 18 години са конструирани вече не като жени, а като деца. В този смисъл е настъпила промяна – детският труд е ограничен. С тази промяна част от традиционно схващаните като девойки са вече схващани като деца. От девойката (момата за женене) са произлезли два нови социални типа – на детето и на жената.

За ограничаването на женския и детския труд е допринесъл и *Законът за хигиена и безопасност на труда* от 1917 г. В изследването

виждаме как законът по време на войните е четен като продължение на *Закона за женския и детския труд* и чак след Първата световна война – като опит да се регулира фигурата на „пълновъзрастния наемник“. Въпреки че по време на войната основен фокус пада върху ограничаването на женския и детския труд, в закона е поставен акцент и върху хигиена на средата, която обаче пак е обвита от неясни понятия и меки формулировки.

През междувоенния период се налага едно ново четене на *Закона за хигиена и безопасност на труда*. Акцентът пада не толкова върху дефинираните като отклоняващи се форми на труда, а върху предпазването на работната способност. С постепенното ограничаване на детския и женския труд се преминава към фигурата на „пълновъзрастния наемник“. Тогава бедността започва да се осмисля като застрашаваща вътрешния социален ред и националната държава. Един от каналите на действие срещу заплашващата бедност е именно през работническото законодателство и стабилизирането на фигурата на работника.

Четвърта глава: Как се трансформира дискурсът за работника от системата на социалното осигуряване и темата за рационализация на труда?

Дискурсивното изграждане на фигурата на работника и насочената към физическата среда хигиена лакътуши и се преобразува през множество повратни точки, част от които са институционализирането на лекарите-хигиенисти и инспекторите и тяхното увеличаване, както и изпълнението на техните неясно регламентирани функции. Дискурсивното уплътняване на езика през корелативното институционално конструиране на позицията на упражняващия властта още веднъж върви бавно и с много трудности – този път през множението на знанието за работника и в частност статистиката.

През настъпващата система за социално осигуряване, която обхваща работната потенция, настъпва обрат в схващането на работника. Работникът вече се обвързва не толкова с формите на труд, вече не е дефиниран през изключването на децата и жените от труда, а през работната способност. Навлязлата през 20-те години система на социално осигуряване, в която по-късно влиза и осигуряването срещу

безработица, води до пренаписване на това какво е работник. Докато работник преди Първата световна война е работещият човек, предопределен от дефиницията какъв не трябва да бъде той (през женския и детския труд), тук работник се дефинира през способността да се работи или при пенсионното осигуряване – през изхабената способност да се работи. Така фигурата на работника се свързва с високо оценностеното работоспособно тяло, което хем се доближава до старата дефиниция, хем се разширява към нови категории хора. Това разширяване, от една страна, фиксира определени намеси, от друга, аргументира самите намеси, защото броят на работниците отново не е голям. Мислейки през способността за упражняване на труд – намесата придобива по-голяма ценност. Чрез тази дефиниция се идентифицират и обвързват към работничеството както бедните, така и безработните.

В края на 20-те и началото на 30-те години със затварянето на българската икономика и индустрия започва да се говори за рационализация на труда. Рационализацията на труда е изцяло подчинена на вътрешните желания за увеличаване на благосъстоянието. Рационализацията обаче поставя в зависимост темата за хигиена на труда на себе си и доближава хигиената до ергономията. С темата за рационализацията на националното стопанство изниква и проблемът за професионализацията на труда. Чрез професионализирането на труда се счита, че България ще излезе от кризата. Така политиките в тази насока са насочени към все по-голямото привързване на работниците към видове труд.

Създаването на една социална категория само по себе си означава, че трябва да бъдат обхванати всички сегменти от живота ѝ и да бъдат синхронизирани механизмите на регулацията им – работа, отдих, образование. Нека сега да отправим погледа си към една друга фигура на бедността – тази на бездомника, която отчасти се припокрива с тази на работника, но е по-свързана с града.

Трета част

Социалното конструиране на тялото на бездомника

Основна ми цел в Трета част е да проследя как политиките от междувоенния период се опитват да регулират тялото на бездомника, да го „уседнат“ във физическата и социалната среда на град София. Основната цел, на която се подчиняват хигиенните политики, е да бъдат

снети революционни настроения на бедността. Политиките се насочват към „повдигането“ на бездомниците чрез предоставянето на собственост на тази социална категория. В този противоречив опит се появяват и преплитат различните позиции на държавата, общината и хигиенната власт.

Първоначалната ми хипотеза беше, че при бездомника ще се извежда на първо място хигиената на градското пространство. Впоследствие изследването показва, че хигиенните регулации на физическата среда от този период навлизат по-късно – чак след средата на 30-те години. Въпросът, на който се опитвах да отговоря, се преформулира в – защо и как е възможно толкова късно да се наложат стандарти за строителство на къщи в градовете, при положение, че в медицинските списания, статистическите годишници изключително много се говори за хигиена на дома.

Първа глава: Как се появява бездомническият въпрос и как се изгражда законодателството, което пряко и непряко го засяга?

В Първа глава проследявам как се заражда бездомническият въпрос. След Освобождението Столична община предвижда малко разрастване на градската мера, а населението на града се увеличава главоломно. С тогавашните строителни технологии градът няма как да не премине отвъд градските граници. През този период общината започва да задоволява част от молбите на бедните бездомни, като им дава земя под дългосрочен наем, за да си построят къщи. Общината не успява да задоволи достатъчно бързо всички молби и така бездомните започват сами да заграбват земи в периферията на града. Заграбванията взимат такива размери, че е трудно да бъдат спрени.

В тази глава се връщам към законодателството. Оказва се, че в почти всички нормативни документи са заложиени „вратички“, които позволяват общински терени да бъдат заграбвани и впоследствие застроявани. През междувоенния период обаче се изгражда възможността държавата и общината да имат противоположни интереси. Оформя се двоен стандарт за четене на законите – държавата разглежда заграбванията като някакво разрешение на нажежаващата политическите настроения жилищна криза. Общината се опитва да ги спре, защото има интерес поземленият фонд да остане неин. Държавата, във всички онези случаи на заграбвания със завършени „къщи“,

определя, че правото на собственост върху парцела се приема като право на застроилия. С други думи – има ли нова открита жилищна площ, проблемът се разрешава в полза на заграбилия мястото. В такъв случай заграбващите се опитват почти винаги да прескочат общинската власт, отправяйки молбите си към различни държавни институции, които законодателно се явяват последна инстанция за разрешаване на въпроса.

Докато общината и държавата се бламират, тече процес на засилено заграбване и застрояване на общинските терени в покрайнините на столичния град. Играта между общината и държавата е пронизана от санитарния език – за благоустрояването и „здравословността“ на градското пространство. Той обаче остава празен дотолкова, доколкото пред широко отворените очи на говорещите през него в София застрояването се случва на парче, с „къщи“, които се строят за една нощ, а единственото, което трябва да притежават, е покрив.

В следващата глава ще видим защо държавата и общината са противопоставени актьори по отношение на бездомническия въпрос. И как в рамките на тези конкурентни отношения се конструира една фигура, както и как и къде в тези отношения се вклинява санитарната власт и каква роля играе тя.

Втора глава: Към противопоставените отношения между държавата и общината и новото разбиране за частната собственост

Във втора глава се опитвам да преосмисля тези противопоставени отношения между държавата и общината. Затова привличам обяснение от изследването на Румен Аврамов за фискалните политики от междувоенния период. Жилищните политики от това време напълно се вписват в стратегиите на преодоляване на фискалните рестрикции и ограничението на държавния бюджет. От тези ограничения са засегнати силно големите градски общини, които имат нужда от големи бюджети за благоустрояване. Така държавата се опитва да гарантира приходни източници на големите градове чрез търсенето на „нови обекти“, през които да се взимат банкови заеми. Един от тези „нови обекти“ е частната собственост.

Търсенето на капитали през продажбата на земя е вътрешно противоречиво, защото в края на краищата прави собствеността

нестабилна. Тази нестабилност идва не само от това, че правото върху вещта се определя през оценностените ѝ употреби – например разрешаването на жилищната криза, рационализирането на земеделието, а и от политическата нестабилност. Политическата нестабилност от 20-те години допринася за честата промяна в законодателството, което се отнася до частната собственост. Така се задълбочава нестабилността на собствеността.

В противопоставените отношения между държава и община се появява и санитарната власт. През 30-те години тя се присъединява към позицията на общината, която се противи да продава частната си собственост. Тогава санитарната власт отрича постройките на бездомниците, същността на тяхната собственост – техните „къщи“, благодарение на които е възможно да повдигат претенции за собственост върху земята. Това е и една от предпоставките категорията бездомник да се превърне в стабилна, защото се отрича същността на собствеността на бездомниците.

Трета глава: Поставянето на въпроса за хигиеничността на бездомническите „къщи“ (позициите на общината, районните кметства и санитарната власт)

В дебатите между общината и държавата позицията на общината е непривилегирована, поради непрекъснатите подозрения в корупция, както и заради разбирането на контекста на действията на заграбващите общински земи. Позицията на общината през 20-те години е допълнително отслабена от разбиранията за хигиена. Тогава изследванията върху жилищната хигиена наблягат на съгъстеността, пряк ефект от задълбочаването на жилищната криза. Политиките на общината по това време насърчават жилищното строителство, но така и не успяват да облекчат значително жилищната криза и да разрешат бездомническия въпрос. Говоренето за хигиена напълно се подчинява на идеите за разширяването на жилищната площ – тоест то се разгръща като критика към ефектите от жилищната криза – съгъстяването и пренаселеността. Така хигиенистите от това време насочват погледа си към контактния характер на болестта. Лошите хигиенични условия не се свързват с темата за характеристиките на физическата среда, а с темата за пренаселеността. Нека си припомним различните движения в медицината. Докато ораховистите се застъпват за влиянието на

физическата среда върху тялото – благоустройството и градоустройството, русевистите се застъпват повече за предпазването на населението от зараза. Тук използването на обяснение от движението на русевистите не е случайно, защото хигиената се разглежда като пряко свързана с произтичащите ефекти от жилищната криза – сгъстеността. Средата е пренебрегвана тема, защото, така да се каже, целта е тя да се създаде чрез личната инициатива. Ето защо данните, с които се прави жилищна статистика, показват нехигиеничността на пространствата през пренаселеността.

В края на 20-те години с „разрешаването“ на бездомническия въпрос настъпва обрат. Хигиената на жилищата започва да се подчинява на темата за благоустройствената криза. Разрешението на бездомническия въпрос чрез раздаването на земи на бедни бездомни и легализирането на собствеността на техните „къщи“ води до рязко разширяване на площта на столичния град. София така се разраства, че е трудно да бъде благоустроена. Така започва да се говори за благоустройствената криза. Обяснението на заболяемостта в този контекст се подема от социалните хигиенисти. Те започват да изказват безпокойството, че лошите градски условия допринасят за израждането на градското население. Специфичен фокус пада върху хигиената на физическата среда – всичко, което обгражда тялото. Статистическите изследвания от това време започват да обхващат различни елементи от средата – подовете, разделянето на стаите, ослънчеността. Тук обаче въздействието на средата се преплита с функционирането на бацилите в нея. Физическата среда води до израждане, защото превръща бездомническите къщи в „гнезда на туберкулоза“. Изказите на хигиенистите през 30-те години са пронизани от желанието за премахването на „бордеите“ или „къщурките“ на бездомниците. В този смисъл те се присъединяват към позицията на общината през този период.

Хигиенистите от това време изтъкват и още един аргумент за премахването и/или преустройването на бездомническите къщи – това е влиянието на условията на живот върху децата. Тук се поставя ударение върху социал-хигиенистката теза за израждането на населението през темата за детството. Общинските лекари насочват вниманието си към пропаганда сред населението в бездомническите квартали, отнасяща се до грижата за децата.

Кривулиците на жилищните политики в София задават мащабите, през които се говори за хигиена и здраве на градските обитатели и в частност на бездомника. През 20-те години на XX век жилищната криза и гъстотата на населението определят темите, от които най-много ще се интересува хигиенната власт, а именно – контактния характер на болестта. През 30-те години решенията, довели до „справяне“ с жилищната криза, чрез узаконяване и даване на инициативата на бедните-бездомни за строителство на „къщи“ на общински терени, довежда до обръщането на хигиената към темите за влиянието на средата върху тялото. Градското тяло се представя като „почва“ за болестта, поради лошите санитарни условия – то е туберкулозно, слабо и бледно. Това е специфична социално-хигиенична позиция, която сплита безпокойствата за израждането на населението с темите за града и градското пространство. В нея особен акцент пада върху детството.

Ето защо, бихме могли да кажем, че детето се явява много по-важна дискурсивна и подплатена с институционални практики фигура на конституирането на тялото на гражданина, но и едновременно с това – на тялото на нацията. Детето е точка на пресичане на тялото на гражданина и тялото на бъдещето на нацията. През темата за израждането на народа, през работническото законодателство, което стабилно отделя тялото на детето от това на жената, то става много по-значима фигура. В същото време „детето“ е образът на бъдещето, през него се създава една линейност на социалното време, която през конкретната грижа за конкретните деца ще спре да бъде само прогресистко политико-интелектуалско построение, а ще стане обикновена социална рецепция на времето. Затова в следващата част ще видим как се конструира ролята на буржоазната домакиня спрямо детето.

Четвърта част

Социалното конструиране на тялото на жената

До тук видяхме как се конструират телата на фигурите на работниците и бездомниците. В рамките на тяхното реконструиране на няколко места беше посочено, че всъщност израждането на буржоазното семейство, както и специфично отношение към майчинството и детето съпътства процесите на формирането на

дискурсите на другите две фигури. С други думи, конструирането на тялото на гражданина обхваща цяла категориална решетка, в която една категория е поддържана чрез редица други.

През междувоенния период все повече започва да се изговаря ролята на жената спрямо нацията – отглеждането на деца се натоваарва с огромна социална значимост на грижа за бъдещето на нацията. В този смисъл ролята ѝ в семейството се натурализира и все повече се обвързва с функциите на репродукцията и грижата за детето. А същевременно грижата за детето и детството е пренаписана през новите медицински познания – тя е описана в термините на рационална грижа за бъдещите граждани.

Основна цел в Четвърта част е реконструкция на медицинската пропаганда в женския печат от 20-те и 30-те години на XX век. Първата задача в тази част е да видим как медицинското знание се помества в по-широко формулираните образи на добрата домакиня и майка. Втората задача е да откروим с какви други значения се обвързват медицинските познания в женския печат.

Първа глава: Как и къде се полагат медицинските статии в по-широко конструирания образ на добрата домакиня и майка в списанията *Икономия и домакинство* и *Модерна домакиня*

В първата част от главата правя анализ на достъпа до двете най-многотиражирани женски списания от междувоенния период, за да видя защо медицинската пропаганда се насочва към тях. Читателките най-често са преминали през системата на гимназиалното образование. Най-често някое от списанията им е попадало тъкмо в тези години, защото голяма част от учителките по онова време разпространяват списанията в училищата. Преобладаващата част от абонатките са предимно софиянки, определящи се като млади (на около 20–30 години), преминали през гимназиално образование и започнали да четат едно от списанията именно тогава. Повечето са абонирани от 3 до 7 години. Често те са бъдещи или млади майки, живеещи в районите на средните „съществувания“ в София. Може да кажем, че медицинската пропаганда се насочва към тях тъкмо като млади или бъдещи майки. Основната цел е да произведе „добре информиран гражданин“, който да възпроизвежда погледа на лекаря на всекидневно равнище.

Хигиената или хигиенното просвещение не е положено само като пряка цел на списанията, въпреки че понякога се определя и така. Медицинските статии се появяват още преди жените да се определят като основен обект на хигиенната пропаганда. С други думи, това не е единна целенасочена стратегия на пишешците го, а езикова практика, прокарваща образите на здравето и болестта, и свързваща ги с други категории посредством различни синонимни редове. Образите на болестта и здравето се полагат в образа на добрата домакиня и майка. От една страна, образът на „добрата домакиня“ има място в анализа дотолкова, доколкото върху него се надграждат и медицинските конструкции за тялото, образите на чистотата, здравето и болестта, а от друга, доколкото е свързан със специфични дисциплинарни практики на пространството и телата, доколкото задава норма, отклоненията от която не се наказват с цел нормализация от някаква институционална власт или упълномощени лица (както при Фуко), а се свързват с отрицателни стереотипи, те са отречени в своята валидност. В женските списания се вдвояват образите на редовността, красотата и здравето, а така незабележимо се провежда единството на чистота и красота. Така извървеният път е следният: образът на „добрата домакиня“ се вдвоява с образа на красотата и здравето, а образът на красотата се вдвоява с този на чистотата. От една страна, се прави опит да се конструира тялото на гражданина през медицинските категории, а от друга, в употребите си то се свързва с положителни категории като красота и чистота.

От друга страна, концепциите за болестта и здравето, които предполагат специфична грижа за тялото, лесно се поместват в по-широко формулирания образ на добрата домакиня, защото тялото на жената вече е станало обект и инструмент на всекидневните работи на жените.

Втора глава: Конструирането на тялото на жената и детето

В по-общия образ на „добрата домакиня“ се полага големият биполититически проект за конструирането на тялото на гражданина. Това не се случва непротиворечиво, защото списанията чисто стилистично свързват различни дискурси. Ето защо, в тази глава не изследвам само как специализираните представи се наместват в списанията, а и как те се пренаписват и се употребяват от читателите.

В списанията здравето е оценностено високо, не само защото се слива красотата със здравето, но и защото здравето е условие за поддържане на всекидневните работи на жените. Прекъсването на здравето оказва влияние върху изпълнението на ролята на жената като добра домакиня и заради това в списанията особен акцент пада върху предотвратяването на болестта.

В списанията се открояват три нива на говоренето за болестта: 1. в специализираните статии; 2. в разказите (фантазмено); и 3. в рубриките (всекидневно). Основаната цел на специализираните статии е да изградят представа за болестта чрез разпознаването на симптомите ѝ. От друга страна, да предпишат действията на домакинята. И да спомогнат за превенцията на заболяемостта – чрез практики като миене и чистене и оздравяване на тялото. Особен акцент пада върху детските болести и изграждането на знания за грижа за децата. В разказите образът на болестта е подчинен на темата за детската смъртност, но от гледна точка на последствията върху майката. Общото между всички разкази е, че жената е конструирана като по-чувствителна и следователно като по-податлива на болестта. В разказите телесно и душевно се приплъзват едно към друго. Чрез конструирането на жената като по-слаба и чувствителна и като възможна жертва на болестта ѝ се отрежда място в периферията на частното, в местата за възстановяване и още веднъж се закрепя ролята ѝ на домакиня, защото само „здравото тяло и дух“ са имащи достъп до публичното. В рубриките в списанията се разгръща един друг образ на болестта – всекидневният. Болестта в тях е конструирана като неприятност. Основната цел е да се неутрализира неприятността от болестта. В рубриките жените се лекуват една друга с различни лекове, които да прекъснат неприятността на болестта.

Като кратко заключение бих могла да кажа, че образите на болестта – като характерна за „слабите“ деца и жени, натоварена с негативни последствия и образи, и локализирането ѝ в специфични пространства, натоварващи индивидите с нови комплекси от знания, роли, желани и предписани действия, всъщност представлява изключване или самоизключване на индивидите, които са конструирани като по-податливи към нея, от всекидневния порядък на дейностите, както и от възможността за пребиваване в определени действителни или възможни полета. А с това се скрива очевидността, че всекидневието е

принадлежащо на „здравия“ и нормалния човек. От една страна, медикализирането на обществото се опитва да рационализира всекидневието, а от друга, навлезлите медицински категории за болестта се преформулират във фантазия наратив, а чрез него още веднъж се прикрепя ролята на жената като домакиня и майка. Може да обобщим, че проектът на хигиенистите за пропаганда сред жените става практически ефективен през сътрудничеството на други дискурси и пренаписването му от тях.

Заклучение

Ако трябва да обобщим, сложната картина, която се очертава в изследването, бихме могли да кажем, че новите трансформации на медицината от междувоенния период – теорията на имунитета, водят до едно ново завръщане към тялото като обект в медицинската наука. Докато хигиената от началото на XX век се отделя и се противопоставя на болничната и лечителската медицина и търси причинителя на болестта вън от тялото, хигиената от 20-те години на XX век се префокусира и към тялото. Институционално хигиена и лечителство се разделят (с приоритет върху хигиената), но едновременно с това болницата и болничната медицина започват да привличат повече последователи, самото възпроизводство на медицинското знание е повече организирано около болницата, отколкото около хигиената. Теориите за имунитета обаче, освен че префокусират медицината около болницата, позволяват хибридизирането на различните движения в медицината (ораховисти и русевисти) от расово-хигиенични теории. Така хигиената започва да се описва като наука в служба на нацията. А ролята на лекаря-хигиенист се закрепя именно през тази грижа за нацията и нейното бъдеще.

През конкретните изследвани случаи виждаме как започва да се изплита сложен дискурсивен и институционален космос за конструиране на тялото на гражданина. Едни от най-важните буфери, през които протичат процесите на стратификацията и хомогенизацията, са семейството и утвърждаването и разпръсването на модела на буржоазното семейство. Този модел бавно налага темите за грижата за детето, отделянето на категориите на децата и жените от мъжете и пр. Грижата за детето се закрепя и през новите дейци – витамините,

бактериите, феномените на имунитета, но тя се подчинява на идеята за бъдещето на нацията.

При работника наблюдаваме силно противоречивите дискурси, които не само изобретяват работничеството като имагинерна категория, а през междувоенния период като реалност. Това придобиване на плътност на работничеството обаче е парадоксално, защото дискурсите от този период го изобретяват като самореализиращо се пророчество. Политиките се насочват към предотвратяването на революция и като ефект произвеждат една действително съществуваща категория. Хигиената съучаства в този процес още в началото на отделянето на фигурите на работника, от тези на детето и жените, а после и през переконструирането на бедността.

При фигурата на бездомника особен акцент трябва да се постави върху собствеността. Собствеността се оказва една от ключовите разклатени категории, в обуславянето на които съучаства и хигиената. Борбите и битките между ключовите актьори (държава, община и хигиенисти) са подчинени на икономическите политики и финансовата система след Първата световна война. В тях постепенно собствеността се оформя през несигурността. Тази несигурност води и до невъзможност да се провеждат биополитики на градския хабитат и благоустройствени политики. И докато градският обитател остава бродещ из калните улици, живущ в сгради, които както се изразява един наемател в писмо до общината, повече наподобяват обори, отколкото жилища, виждаме как чувствителността към градското пространство през хигиенни теми нараства. Тук обаче се очертава и един следващ парадокс – говоренето за хигиена на градското пространство се множи и процъфтява именно защото няма консенсус по въпроса какво е хигиена, тя не е стабилизирана. Това позволява езиците на хигиената да са много по-употребими в речта – от бездомниците, от представителите на общината, от интелектуалците. Докато при бездомническото и ниското строителство в град София, което изследвам, не успяват да се стабилизират определени хигиенни стандарти, при високото строителство това се случва в края на 30-те години главно през инженерни техники.

От всичко казано до тук, може да обобщим, че хигиената много трудно се стабилизира като техника на средата. Тя често е спирана от либералните притеснения за навлизането в частното пространство, или

пък в случая с работниците – от сложната структура на индустриалните политики в България. Тя започва да се утвърждава през 30-те години на XX век. Тоест конституирането на тялото на гражданина относително по-късно протича през физическата среда на обитаване – времето и пространството. Затова пък има много по-икономичен начин да накараш някого да се грижи за себе си – чрез пропаганда и самоконтрол. Затова едни от най-ефективните модели, които закрепят ролята и функцията на лекаря, е през приучаването към самоконтрол и самонадзор.

ПРИНОСИ

- В дисертацията е проведено детайлно изследване на социалната история на медицината и здравеопазването в България в контекста на международните изследвания на медицината и развитието на науката от края на XIX до средата на XX век. Начинание, което не е правено до момента в България.
- Демонстрирано е как процесите на стратифициране на населението, които предполагат интервални скали „беден, по-богат, най-богат” всъщност работят през конструирането на категориални двойки – „жена-дете”, „жена-мъж” и т.н. Така гражданството, което е универсалистична категория, индивидуализираща и изравняваща формално-юридически индивидите, всъщност почива на категориални разлики, които в културата придават субстанциална плът.
- Изработено е понятие, което позволява да се покаже как работят определени структурни процеси, въпреки очевидния разнобой между дискурсите и институционалните рамки и практики. И това е понятието за заемка, което въвежда методи от контекстуалната история на идеите в институционалния анализ, за да обясни как институциите провеждат дискурси, на които първоначално се съпротивляват.
- Изследван е бездомническият въпрос в по-широките контекстуални рамки на икономическата и политическата нестабилност след Първата световна война. При него ясно се откроява проблемът как при нестабилна собственост се стабилизира градското население чрез установяването на бездомника като фиксирана социална категория, през която се провеждат социални политики.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Димитрова, Вероника. 2014. „Как се става бездомник с дом? (държавни и общински политики и борби за разрешаване на „бездомническия въпрос“ през междувоенния период)“. В: *Критика и хуманизъм* „Градът: залог на глобални и локални политики“, бр. 42, с. 367-383

Димитрова, Вероника. 2014. „Режими на омърсяване на градското пространство. Медицински парадигми в България от Освобождението до Първата световна война“ (под печат в *Семинар-БГ*)

Dimitrova, Veronica. 2013. „Sobre los sin-casa (caos, enfermedad y sociedad en la Sofia de entreguerras)“. In: *Bifurcaciones* Numero 011 (revista de studios culturales urbanos). Chile: Universidad Catolica del Maule (<http://www.bifurcaciones.cl/2012/12/sobre-los-sin-casa/>)

Димитрова, Вероника. 2009. „Метаморфозите на жената – от „домакиня“ към „труженичка“. Образи на жената в сп. Жената днес (1949–1956 г.)“. *Критика и хуманизъм*, кн. 30, бр. 3, с. 227–247.