



Елена Стрельник

БЕСПЛОДИЕ КАК ГЕНДЕРИРОВАННАЯ ПРОБЛЕМА

Несмотря на общую тенденцию эгалитаризации гендерных установок в демократических обществах, социокультурные нормы в отношении нормативности деторождения остаются гендерноасимметричными: материнство рассматривается как ядро женской идентичности, в то время как маскулинность (в её гегемонном варианте) и отцовство не являются монолитными. Подобная асимметрия обуславливает и социальное восприятие проблемы бесплодия. Бесплодие пары становится стигмой, особенно в тех культурах, где наличие хотя бы одного биологического ребёнка является нормативным. По мнению российских исследовательниц О. Бредниковой и Н. Нартовой, обсуждение вопроса о наличии детей, о планах на детей широко распространено и легитимно в нашей культуре – эти вопросы могут задавать родственники и коллеги, знакомые и попутчики, работодатели и друзья. Когда бездетность, нарушающая коды «нормального» родительства (времени, возраста, брачного стажа), становится очевидной, она проблематизируется окружающими, превращается в область особого интереса и озабоченности, более того, требует объяснения и оправдания, в том числе признания в бесплодии.

При этом нормы деторождения касаются, прежде всего, женщины: даже если бесплодие пары связано с мужским фактором, именно женщина несет весь груз ответственности за бездетность. В ряде зарубежных психологических исследований показано, что бесплодные женщины чаще испытывают депрессии, тревогу и чувство вины, нежели мужчины с аналогичной проблемой¹. Женщины

РЕПРОДУКТИВНЫЕ МИГРАЦИИ: ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ГЛОБАЛЬНОМ ИЗМЕРЕНИИ

также чаще рефлексируют наличие проблем с зачатием и рождением ребенка, они же, как правило, инициируют обращение за медицинской помощью². Так, по результатам репрезентативного французского опроса супружеских пар, имеющих детей, 21 % отцов отметили наличие в их жизненном опыте трудностей с зачатием ребенка по сравнению с 32 % среди матерей³.

Тезис о женской вине в бесплодии пары дискурсивно воспроизводится в украинской про-лайф риторике. Так, в тексте законопроекта о запрете абортov № 2646-1, инициированного представителями фракции «Свобода» в апреле 2013 года, в качестве одного из аргументов приводится статистика об 1 млн. бесплодных украинских пар, из которых бесплодие 868 тысяч связано с бесплодием женщин. Отмечается, что в 80 % случаев причиной бесплодия является аборт. Тем не менее, в репродуктивной медицине выделяют более 10 причин женского бесплодия, и точной медицинской статистики, подтверждающей роль аборта в подобных нарушениях, не существует. Кроме того, специалисты говорят о том, что цифры медицинской статистики касательно соотношения женского и мужского факторов бесплодия могут не отображать реальной картины. Согласно экспертной оценке, в 30 % бесплодных союзов имеется сочетание мужского и женского бесплодия. Но в случае проблем с зачатием, именно женщины первыми обращаются за медицинской помощью, в то время как мужчины зачастую не хотят признать наличие у себя проблем и в меньшей степени склонны проходить обследования⁴.

В общественном мнении отсутствие детей – это также показатель отсутствия моральности. Не случайно женщины, которые прибегают к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ), часто, рассказывая о себе, подчеркивают свою «нормальность»: не только «правильный» здоровый образ жизни («не пила, не курила»), но и свою социальную состоятельность в целом. Однако зачастую бесплодности вполне достаточно для того, чтобы женщину обвиняли в ее несостоятельности и недостаточной моральности, за которую

она несет персональную ответственность. То есть в повседневной жизни бесплодие становится маркером «социальной дефектности», патологией не медицинской, а социальной⁵.



ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ГЛОБАЛЬНЫЙ РЫНОК

По данным исследования Всемирной организации здравоохранения, проведенного в 2010 году в 190 странах, 1,9 % женщин в возрасте от 20 до 44 лет были первично бесплодными, то есть неспособными родить первого ребенка и 10,5 % – вторично бесплодными, т.е. испытывали трудности с рождением второго ребёнка. Данные в отношении мужского бесплодия по этой методике не были получены, поскольку основывались на самоотчетах опрошенных. В целом, по подсчетам специалистов ВОЗ, 48,5 миллионов пар сталкиваются в мире с проблемой бесплодия, при этом за последние 10 лет уровень бесплодия практически не изменился⁶.

Современные вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) насчитывают более 10 методов: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО,

«зачатие в пробирке» с последующим переносом эмбрионов в полость матки), ИКСИ (при мужском бесплодии – «принудительное» соединение сперматозоида с яйцеклеткой *in vitro*), суррогатное материнство (полученные с помощью ЭКО / ИКСИ эмбрионы генетической матери и отца вынашивает другая женщина), использованное донорских половых клеток (при отсутствии собственных яйцеклеток / сперматозоидов), криоконсервация (замораживание эмбрионов и половых клеток для их использования в будущем) и другие.

По оценкам Международного комитета по мониторингу вспомогательных репродуктивных технологий (ICMART), по состоянию на 2010 год в мире было рождено более 3,5 миллионов детей, зачатых с помощью ВРТ, а 20-25 тыс. бесплодных ежегодно получают лечение бесплодия не в своей стране⁷.

Применение вспомогательных репродуктивных технологий становится сегодня глобальным процессом, а репродуктивная медицина – отраслью глобальной экономики. В исследованиях отмечается ряд факторов развития глобального рынка ВРТ:

- отсутствие у большей части населения Земли бесплатного или дешевого доступа к квалифицированной и эффективной медицинской помощи в сфере репродукции;
- наличие во многих развитых странах разнообразных законодательных препятствий на пути решения проблем бесплодия с использованием ВРТ;
- наличие в бедных странах огромного количества женщин, по экономическим причинам готовых за умеренную цену продавать свой репродуктивный труд;
- факт очевидной прибыльности репродуктивной медицины⁸.

О ПОНЯТИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ МИГРАЦИЙ

В отношении практик заграничных поездок с целью доступа к ВРТ используются различные термины: прокреативный туризм, туризм рождаемости, транснациональное размножение и ряд других. Некоторые исследовательницы и исследователи предлагают использование термина «репродуктивная ссылка», указывая на вынужденный характер таких миграций. Широко распространённым как в академических, так и медийных текстах является понятие *репродуктивного туризма*, хотя оно критикуется за оттенок легкомысленности, как сопряжённое с отдыхом и удовольствием, в том числе самими бездетными парами, для которых подобные поездки связаны с большим стрессом. Наиболее корректным, на мой взгляд, является использование термина «репродуктивные

поездки» (*reproductive travelling*)^{9,10} или «репродуктивные миграции»¹¹. Некоторыми крупными международными медицинскими организациями используется также понятие *cross-border reproductive care* (зарубежное репродуктивное лечение), как позволяющее преодолеть негативные коннотации термина «туризм» и как близкое к более широкому понятию «*cross-border health care*».

Итак, *репродуктивные миграции* – это практики, связанные с временным выездом в другую страну с целью доступа к вспомогательным репродуктивным технологиям.

число доноров, например, в Швеции и Норвегии.

Законодательство постсоветских стран достаточно либерально в отношении ВРТ. В частности, программы суррогатного материнства узаконены в Украине, России, Казахстане.

Причина вторая – **ограничения на доступ к ВРТ** определенным группам людей. Такие ограничения могут быть связаны с возрастом клиентов или их брачным статусом. Юристы называют дискриминационными те законодательные акты, которые ограничивают доступ к ВРТ людям, семейное положение которых находится вне



Сообщество «Суррогатное материнство вместе», цель которого – мировое распространение данного опыта

Я остановлю своё внимание на трех основных причинах развития такой формы миграций.

Причина первая – **законодательные запреты** на использование ВРТ или ограничивающие его. Юридическое регулирование использования вспомогательных репродуктивных технологий хорошо развито в европейских странах. Тем не менее, существуют серьезные различия в законодательстве, а в ряде стран подобные процедуры запрещены или существенно ограничены. Так, в Бразилии и Венгрии в роли «биологической» (т.е. суррогатной) матери может выступать только родственница «генетических» родителей, в Австрии, Германии, Италии, Франции, Швейцарии вообще запрещены программы суррогатного материнства. В некоторых европейских странах запрещено неанонимное донорство спермы, что существенно сокращает

традиционной семейной модели, как правило, тесно связывающей деторождение с браком. Так, в Украине программами ВРТ могут воспользоваться только супружеские пары, в то время как в Казахстане и Беларуси доступ к ВРТ открыт лицам вне зависимости от их брачного статуса¹².

В Бельгии, Великобритании, Финляндии или Нидерландах методами ВРТ могут воспользоваться гомосексуальные пары. Великобритания допускает реализацию ЭКО с внутриродительским донорством для партнёрок-лесбиянок: две женщины, социальные матери ребенка, участвуют в процессе зачатия ребенка, одна – отдавая яйцеклетку, которая будет оплодотворена с помощью донорских сперматозоидов (таким образом, она является генетической матерью), другая – вынашивая ребенка (являясь вынашивающей матерью).

До недавнего времени Украина была страной с активным привлечением суррогатных матерей европейскими гомосексуальными парами. Ситуация изменилась после поправки, внесенной в 2011 году в ст. 123 Семейного кодекса, которая предусматривает четкое определение супружеской пары как союза мужчины и женщины для тех, кто может воспользоваться ВРТ. В тексте законопроекта отмечено, что его принятие позволит обеспечить права ребенка, рожденного в результате применения ВРТ, на воспитание в «полноценной традиционной семье».

Причина третья – **высокая стоимость услуг** по применению ВРТ в некоторых странах. Относительно невысокая стоимость, в частности, услуг суррогатного материнства делает развивающиеся страны привлекательными для репродуктивных миграций. Одной из таких стран является Индия, занимающая первое место в мире по числу клиник, предоставляющих услуги ВРТ для иностранцев, большинство из которых – жители северо-американского континента. Поскольку стоимость лечения в США крайне высока, американки едут в Индию, прежде всего, в поисках более дешевых суррогатных матерей, а также донорских яйцеклеток. К ним присоединяются и многие европейские пациентки. В Индии суррогатное материнство – массовый бизнес, поскольку местные женщины, с одной стороны, достаточно бедны и имеют не очень хорошие перспективы трудоустройства, а, с другой стороны, достаточно традиционны для того, чтобы считать процесс беременности и родов «естественным» женским делом и состоянием. Кроме того, в отличие от русских, украинок, румынок, канадок и американок, индийские женщины чаще более правильно питаются и реже употребляют алкоголь¹³.

Таким образом, репродуктивный туризм актуализирует новые измерения социального неравенства и создает новую линию взаимодействия между богатыми развитыми и бедными развивающимися странами. С одной стороны, репродуктивный туризм способствует социальному равенству в сфере здоровья: клиенты получают доступ к услугам, к которым они не имеют доступа в своей стране. В то же время, предполагая, что пропорция женщин, нуждающихся в такой медицинской помощи, примерно одинакова в разных странах и регионах, географическое распределение ВРТ-рождаемости демонстрирует весьма значительное неравенство в отношении доступности подобного лечения (подробнее в статье О. Исуповой, 2012). Чаще всего направлением репродуктивного туризма для клиентов из развитых стран являются бедные развивающиеся страны, в то

время как жители этих стран зачастую не имеют никакой возможности получить адекватное и доступное лечение¹⁴. Дискуссии о глобализации ВРТ, в частности суррогатного материнства, часто ведутся также вокруг расизма и неокOLONиализма, поскольку пользователями услуг суррогатных матерей в глобальном контексте являются в основном белые люди среднего класса из развитых стран Запада. При этом дискурсивно воспроизводится образ азиатских, в

частности индийских женщин как, с одной стороны, «жертв» бедности, насилия и эксплуатации, с другой – как покладистых и покорных азиатских женщин – лучших кандидаток на роль суррогатных матерей. Эта риторика является объектом феминистской критики «гестационных контрактов» как эксплуататорских, дегуманизирующих, фрагментирующих и коммодифицирующих материнство.



Суррогатные матери в «Суррогатном доме» (Индия)

1. Edelman R.J. Gender differences in response to infertility and infertility investigations: real or illusory / Robert J. Edelman // *British Journal of Health Psychology*. – 2000. – № 5. – P. 366.
2. Silva S., Machado H. The diagnosis of infertility: patients' classification processes and feelings / Susana Silva and Helena Machado // *Medical Sociology online*. – 2008. – Volume 3, issue 1. – P. 8.
3. Mazuya M., Rochebrochard E. de La. Fertility problems: a widespread concern among women. Results from the French generations and gender survey (Electronic resource) / Magali Mazuya, Elise de La Rochebrochard. – Access mode: <http://paa2008.princeton.edu/papers/81038> (09/07/2013).
4. Мужское бесплодие – не приговор (Электронный ресурс). – Режим доступа: <http://www.fertilio.ru/muzhskoe-besplodie/139-muzhskoe-besplodie-ne-prigovor.html> (дата обращения 15.04.2013).
5. Бредникова О., Нартова Н. Нарушая молчание. Дискриминация женщин в пространстве новых репродуктивных технологий (ВРТ) / Ольга Бредникова, Надя Нартова // *Современная женщина, семья, демография. Актуальные исследования*. Под общ. ред. Е. Здравомысловой. – М.: «Звенья», 2007. – С. 166.
6. Материалы официального сайта ВОЗ <http://www.plosmedicine.org> (дата обращения 07.07.2013).
7. Исупова О. Репродуктивный туризм: дети, технологии и миграции / Ольга Исупова // *Демоскоп Weekly*. – 2012. – № 509-510. – С. 16, 6.
8. Там же.
9. Pennings G. Reproductive tourism as a moral pluralism in motion // *Journal of Medical Ethics*. – 2002. – № 28. – pp.337-341.
10. Я намеренно не перевела этот термин как «путешествие», которое в словарях трактуется как поездка или передвижение пешком по каким-нибудь местам, странам (обычно для ознакомления или отдыха). В таком звучании очевиден акцент на процессе передвижения, а не на его цели.
11. Я не встречала использование такого термина, тем не менее, оно обосновано, если понятие миграции трактовать как любые территориальные перемещения в пространстве.
12. Подробнее о связи брачного статуса и доступа к ВРТ, в частности, для одиноких мужчин, – в статье Свитнева К.Н. Репродуктивные права и супружеский статус. Право не состоящих в браке людей на продолжение рода. – Режим доступа: <http://www.jurconsult.ru/publications/scientific-works/reproduction.pdf>.
13. Исупова О. Репродуктивный туризм: дети, технологии и миграции / Ольга Исупова // *Демоскоп Weekly*. – 2012. – № 509-510.
14. К примеру, по состоянию на начало 2012 года в Украине работали 34 клиники репродуктивной медицины, из них 6 – государственные. Средняя цена одного цикла с использованием ВРТ (в частности, ЭКО) составляет 15 тысяч гривен. Однако только в 30-40 % случаев первый цикл оканчивается беременностью и последующим рождением ребенка.