

Ожиганова А.А.

**БИОЭТИЧЕСКИЙ БРИКОЛАЖ
НОВЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ***

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, биоэтический бриколаж, локальные этические миры, пионеры новой морали, репродуктивный выбор, стратифицированная репродукция

Аннотация: Анализируется коллективная монография «Вспомогательные репродуктивные технологии на третьем этапе развития: глобальные взаимодействия и новые моральные миры», изданная под редакцией Боба Симпсона и Кейт Хемпшир в 2015 году. В ней рассмотрены социальные последствия глобального распространения вспомогательных репродуктивных технологий. Основанные на кропотливой этнографической работе, эти исследования показывают, как осуществляется рецепция ВРТ в разных социальных и культурных контекстах: в «локальных этических мирах» ислама, в условиях стратифицированной репродукции в экономически бедных странах, а также в этнокультурных сообществах выходцев из Южной Азии в Великобритании.

***Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ(РГНФ) № 17-01-00434-а**

Assisted Reproductive Technologies in the Third Phase. Global Encounters and Emerging Moral Worlds. Ed. by Kate Hampshire and Bob Simpson. N.Y., Oxford: Berghahn, 2015: *рецензия*

*Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ)*¹ – зачатие invitro (экстракорпоральное оплодотворение), использование донорских яйцеклеток и спермы, криоконсервация гамет и эмбрионов, суррогатное материнство – предлагают радикальное техническое решение проблемы бесплодия. Неспособность произвести потомство часто влечет за собой не только психологические, но тяжелые социальные последствия, подвергается стигматизации. Во всех традици-

онных обществах для повышения фертильности проводились специальные обряды и применялись различные снадобья. Однако головокружительные возможности новых репродуктивных технологий, зачастую угрожающие фундаментальным представлениям о родстве, преемственности и идентичности, способны привести нас в состояние морального замешательства. На что можно пойти, чтобы излечиться от бесплодия? Какие действия разрешены, а от каких необходимо отказаться, чтобы избежать конфликта с обычаями и верованиями, укорененными в традиции? Многие религиозные институты предъявляют ВРТ длинный перечень претензий этического порядка: нарушение родственных связей и целостности брачного союза, разобщение зачатия, превращение эмбриона (плода, ребенка) в товар и многое другое. Тем не менее, в большинстве случаев речь идет не о тотальном, а лишь о выборочном запрете применения тех или иных репродуктивных технологий. В настоящее время существует множество локальных вариантов адаптации к ВРТ, – феномен, которой авторы коллективной монографии «Вспомогательные репродуктивные технологии на третьем этапе: глобальные взаимодействия и новые моральные миры», называют *биоэтическим бриколажем*².

Этот феномен в полной мере заявил о себе именно в последние годы, когда, по мнению авторов, ВРТ вступили в третью, глобальную, стадию своего развития. На первом этапе – 1980–1990 гг. – экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) было доступно лишь для относительно небольшого числа жителей Западной Европы, США и Ближнего Востока. На втором этапе, который начался в конце 1990-х годов, практика ЭКО распространилось по всему миру, но оставалась доступной только в частных клиниках и, соответственно, весьма дорогостоящей. Третья стадия, которая, по мнению авторов рассматриваемой монографии, началась в конце 2000-х годов и продолжается в настоящее время, характеризуется стремительным расширением доступа жителей разных стран не только к ЭКО, но и к другим репродуктивным технологиям. Это стало возможным благодаря двум знаковым событиям. Во-первых, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала бесплодие заболеванием («бесплодие – это болезнь репродуктивной системы, которая выражается в отсутствии клинической беременности после 12 или более месяцев регулярной половой жизни без предохранения от беременности»), которое, соответственно, необходимо лечить, в том числе, с помощью ВРТ, получивших название «лечения от бесплодия» (Glossary on ART Terminology 2009). Во-вторых, в 2004 году в Великобритании были опубликованы новые рекомендации по организации лечения бесплодия в рамках Национальной системы

здравоохранения, в соответствии с которыми бесплодные пары могут рассчитывать на три цикла ЭКО, полностью субсидируемых государством. Впоследствии в ряде стран, в том числе в России, также стало возможным проведение ЭКО за счет фондов обязательного медицинского страхования. Происходящая в последние годы стремительная глобализация ВРТ сопровождается универсализацией и стандартизацией терминологии, методов подготовки специалистов, лекарственного сопровождения и самой технологии, а также резко возросшей мобильностью специалистов, технологий и информации. В настоящее время вспомогательные репродуктивные технологии все в большей степени превращаются в рутинную практику.

Книга состоит из трех частей, каждая из которых включает теоретические статьи и отдельные этнографические кейсы, основанные на полевых исследованиях практики ВРТ в разных регионах современного глобального мира: Иране, Бангладеш, Мали, Ботсване, Ливане, а также в сообществах выходцев из Индии и Пакистана в Великобритании.

Важное место в авторской концепции занимает понятие *локальные этические миры* (Local Moral Worlds), которое располагается на пересечении политического, религиозного и биоэтического контекстов. История понятия восходит к замечанию знаменитого американского медицинского антрополога Артура Клейнмана о том, что антропологам, если они действительно хотят понять, что «стоит на кону» в современных биомедицинских практиках, необходимо изучать не некую универсальную биоэтику, а то, как эти практики воспринимаются в разных этнокультурных традициях – «локальных этических мирах» (Kleinman 1997). Людям, столкнувшимся с моральным осуждением при решении своих, зачастую очень серьезных, проблем со здоровьем, – отмечает автор, – приходится искать ответ на эти вызовы, апеллируя к собственной моральной субъективности.

В отношении этих людей, чей противоречивый личный опыт лег в основу рассматриваемой книги, авторы используют термин «пионеры новой морали» (Moral Pioneers). Впервые этот термин был предложен американской феминисткой и медицинским антропологом Райаной Рэпп в работе «Моральные пионеры: женщины, мужчины и эмбрионы на передовом крае репродуктивных технологий» (1998). Описывая поведенческие стратегии людей, вынужденных совершать так называемый «репродуктивный выбор», Р. Рэпп обращается к метафоре путешествия и называет их буквально *моральными первопроходцами*: «Эти мужчины и женщины открывают территории новых смыслов как своего рода пионеры, для которых научно-технические инновации инициировали необходи-

мость принять решение, рискованное в моральном смысле в силу своей новизны» (Rapp 1998: 13).

В рассматриваемой монографии термины «локальные этические миры» и «моральное новаторство» не относятся к представлениям различных социальных групп, существующих в современном западном обществе, что стало уже привычным для подобных исследований, а распространяются на неевропейские культуры, в частности, – на мусульманский мир, страны тропической Африки, сообщества выходцев из Южной Азии в Великобритании. Отмечая, что инновации в области биомедицинских технологий влекут за собой «глобализацию сопровождающих их этических противоречий», авторы подчеркивают, что локальная мораль нигде так явственно не заявляет о себе, как в ситуации встречи новых репродуктивных технологий с глубоко укорененными религиозными и этическими традициями, локальными практиками и представлениями о родстве, гендере и благополучии (Simpson et Hampshire 2015). Бездетные пары, члены их семей, чиновники, медики и другие заинтересованные стороны вовлекаются в сложный процесс конструирования новой биоэтики для того, чтобы справиться со стрессом, вызванным бесплодием, и найти приемлемые способы исцеления. Таким образом, свою главную задачу авторы представленного комплексного исследования видят в анализе того, как рецепция ВРТ в разных культурах вдохновляет людей на эксперименты и биоэтическое новаторство и провоцирует возникновение новых значений в их представлениях о здоровье и благополучии, родстве и наследовании.

Первая часть книги посвящена анализу адаптации и легитимации ВРТ в исламском мире (на примере Ливана, Ирана и сообщества пакистанцев в Англии). Стоит отметить, что процедура ЭКО считается морально приемлемой для верующих мусульман. Еще в 1980 году была издана первая фетва, одобряющая ее использование бесплодными семейными парами. Однако донорство половых клеток и суррогатное материнство суннитскими религиозными авторитетами считаются недопустимыми. Этот запрет связан с представлениями о *чистоте* линиджа, браке и измене, угрозе инцеста между биологическими потомками донора гамет, а также правом ребенка знать своих биологических родителей.

Среди шиитской части мусульманского мира сложилось особое отношение к ВРТ. В 1999 году политический и духовный лидер Ирана, аятолла Али Хаме-неи, издал фетву, разрешающую использование новых репродуктивных технологий, в том числе донорство гамет и суррогатное материнство. В настоящее время эти технологии широко распространены в крупнейших шиитских странах – Иране и Ливане. В Ливане ВРТ остается нерегулируемой практикой, практиче-

ски полностью находящейся в секторе частной медицины. Благодаря этому Ливан стал привлекательной страной для *медицинского туризма*: туда приезжают как бесплодные пары с целью реализации процедуры ВРТ, запрещенной на их родине, так и доноры гамет со всего региона.

В Иране ВРТ пользуется государственной поддержкой и, как отметила Марсия Инхорн, Иран лидирует среди мусульманских стран в своем устремлении к «дивному новому миру» репродуктивных технологий (Inhorn 2015: 27). Государственные клиники предлагают бесплодным женатым парам процедуру ЭКО, в том числе с использованием донорских яйцеклеток. В связи с тем, что мужское бесплодие стигматизировано значительно сильнее, чем женское, в случае необходимости донорства спермы пациенты прибегают к повышенным мерам секретности, и этой практикой занимаются только частные клиники. Зачастую мужья, угрожая разводом, просят жен взять вину за бесплодие пары на себя. В других случаях мужья прибегают к помощи ближайших родственников (которые становятся донорами спермы) и при поддержке врачей скрывают сам факт донорства от своих знакомых и родни, а порой и от собственных жен.

В этих стратегиях реализуется распространенное в мусульманском мире стремление сохранить «всё внутри семьи». Действительно, предпочтительным считается вариант, когда суррогатное материнство и донорство гамет осуществляется с помощью родственников. Приемлемым считается также заключение так называемого временного брака с донором гамет (а именно, брака мужчины с незамужней женщиной – донором яйцеклеток). Практикуется даже донорство со стороны сиблингов противоположного пола, что не считается инцестом, поскольку отсутствуют половой акт, или, как выразилась одна из информанток: «Все это происходит вне моего тела» (Tremaune 2015: 78).

Приведенные практики стали наглядным доказательством инструментализации ВРТ, ведь эти технологии позволили «пионерам новой морали» интерпретировать единства линиджа, моделировать значение родства и устанавливать новые правила. Таким образом, ВРТ не только вступают в сложное взаимодействие с устоявшимися формами семьи и наследования, но сами становятся частью подвижной мозаики новой рациональности повседневности.

Морган Кларк отмечает, что «репродуктивный выбор» – это глубоко политический вопрос, даже в тех случаях, когда он осуществляется не под прямым давлением авторитарных режимов (Clarke2015). Так, представители шиитского большинства Ливана считают себя более «современными», чем сунниты, и подчеркнуто лояльно относятся к новым медицинским практикам, в том числе, к ВРТ. В зависимости от того, к какому религиозному деятелю они прислушива-

ются, шииты могут по-разному относиться к таким технологиям, как донорство спермы и яйцеклеток.

Представленные этнографические кейсы подчеркивают разнообразие рецепции ВРТ в мусульманском мире, доказывают, что не существует единой исламской биоэтики, и что неверным было бы также представлять ее в виде простой бинарной оппозиции суннитско-шиитских противоречий. В настоящее время в мусульманских странах идет широкая открытая дискуссия относительно легитимности и моральной приемлемости новых медицинских технологий, их взаимосвязи с индивидуальной и клинической этической практикой, а также с властными институтами.

Во второй части книги внимание авторов сфокусировано на практике ВРТ в экономически бедных регионах: Бангладеш, Ботсване и Мали. Главной проблемой этих стран остается вопрос доступности ВРТ, что задает вполне определенную – политэкономическую – исследовательскую оптику. Авторы обращаются к понятию *стратифицированная репродукция*³, отмечая, что в случае ВРТ репродуктивные возможности связаны со структурными экономическими факторами, создающими привилегии для богатых и дискриминирующими бедных. На момент проведения исследования, в Ботсване не было ни одной клиники ВРТ. В Мали и Бангладеш доступность этих технологий оставалось весьма ограниченной: там существовало всего несколько частных клиник, причем их компетентность вызывала большие сомнения.

Исключительно важным для понимания процессов рецепции новых репродуктивных технологий в этих регионах является понятие *диалектики фертильности и бесплодия*. Во вводной статье Боб Симпсон и Кейт Хемпшир указывают на распространенное заблуждение, якобы в развивающихся странах нет проблем с фертильностью. Парадокс, однако, состоит в том, что высокий уровень бесплодия часто наблюдается в тех же сообществах, в которых зафиксирована высокая рождаемость. Одни и те же факторы могут как способствовать росту фертильности, так и угрожать ей: незащищенный секс и сексуальные отношения со многими партнерами связаны с высокой вероятностью заражения заболеваниями, передающимися половым путем, следовательно, ведут к бесплодию (Simpson et Hampshire 2015). Астрид Бочоу обращает внимание на сходные *механизмы умалчивания*, которые сформировались в Ботсване вокруг проблем бесплодия и СПИДа: оба эти обстоятельства связаны с позором и унижением, о которых не принято говорить. Проблемы с зачатием у многих респонденток были вызваны ВИЧ-положительным статусом их мужей или их самих, в чем они не решались признаться даже в ходе частных бесед с исследователем (Bochoy 2015).

По данным ВОЗ подавляющее большинство бесплодных пар (более 180 млн.) проживает в развивающихся странах. Необходимо также понимать, что в культурах с высокими фертильными ожиданиями бесплодие переживается как катастрофа, подвергается сильной стигматизации и вынуждает женщин прибегать к непрекращающимся попыткам зачать во что бы то ни стало. Таким образом, учитывая все негативные социальные, экономические и психологические последствия бесплодия, его можно считать наиболее недооцененной проблемой многих развивающихся стран.

Виола Хербст отмечает, что *экономика надежды и неудачи*, которая в полной мере проявляет себе в сфере ВРТ, состоит из многих факторов, это отнюдь не только проблема географической и финансовой труднодоступности таких технологий (Hörbst 2015). Женщины, прошедшие через ряд безрезультатных ЭКО, измучены физически и морально. По официальным данным только треть операций приводит к беременности⁴, причем эта статистика высококвалифицированных европейских клиник, тогда как в клиниках стран третьего мира процент успешных операций ЭКО гораздо ниже. Среди обеспеченных слоев населения распространен «репродуктивный туризм», но во многих случаях эти дорогостоящие поездки не приводят к успеху. Так, женщина из Бангладеш описывает свой опыт многочисленных ЭКО в частной клинике США: «После семи лет жизни, проведенных в тщетных надеждах обрести ребенка, разрушив бизнес моего мужа, мы вернулись в Дакку ни с чем. ... Мы были опустошены» (Nahar 2015: 126).

Таким образом, распространение новых биотехнологий в бедных регионах самым драматичным образом напоминает о том, что прогресс в излечении бесплодия не решает проблемы репродуктивной свободы, социального давления и объективизации бесплодия.

Третья часть книги посвящена анализу медицинской этики в отношении представителей этно-религиозных сообществ, проблеме, которая приобретает особую остроту в сфере репродуктивного здоровья.

Никки Хадсон и Лорейн Кьюли анализируют взгляды выходцев из Южной Азии (Индии, Пакистана, Бангладеш), проживающих в Великобритании, на моральную дилемму донорства половых клеток. В соответствии с британским Законом 2005 года, каждый человек, достигший 18 лет, имеет право знать обстоятельства своего рождения и своих генетических родителей. Принятие этого закона привело к резкому сокращению числа доноров, особенно среди представителей этнических меньшинств, что, в свою очередь, стало причиной возникновения неравных возможностей для членов этих сообществ (Hudson et Culey 2015).

Это исследование подтверждает наличие культурно-обусловленного поведения в сфере репродукции. Тем не менее, авторы ставят под сомнение оправданность широкого применения в медицинской практике, в частности, в сфере ВРТ, подхода, основанного на так называемой *культурной компетентности*⁵. Помогает ли медикам культурная компетентность при взаимодействии с пациентами, относящимися к этническим меньшинствам? Или эта компетентность только мешает им общаться с пациентами как с самостоятельными личностями, как того требует профессиональная этика?

Исследование Санджиты Шату в английской онкологической клинике показывает, что медики зачастую предполагают, будто «культура» и «религия» определяют решение пациентов, принадлежащих к иным этнокультурным сообществам. В тех случаях, когда речь идет о возможности криоконсервации половых клеток онкологических больных – выходцев из Южной Азии, медики склонны воздерживаться от предоставления этим пациентам важной информации относительно их здоровья, считая, что обсуждение вопросов фертильности является для них глубоко табуированной темой. В итоге, так называемая культурная компетентность оборачивается, по сути, дискриминационной политикой, нарушающей принцип информированного согласия относительно предпринимаемого лечения. Идея культурного разнообразия становится инструментом неравенства, в то время как она призвана, напротив, способствовать утверждению равного доступа всех пациентов к возможностям современного здравоохранения.

Предложение пересмотреть концепцию культурных компетенций может показаться неожиданным для российских читателей, поскольку в нашей стране только начинают знакомиться с этим подходом и не вполне осознают последствия его применения, а именно, – опасность эссенциализации культурной принадлежности. Тем более интересным и важным может оказаться опыт западных коллег и их предостережение о том, что культурные традиции и религия «лишь обозначают моральные границы выбора, связанные с использованием медицинских технологий в рамках конкретного биографического контекста, но не определяют результат индивидуального морального выбора» (Chato 2015: 208).

По признанию авторов, им хотелось представить ВРТ не как терапию, а как своего рода путешествие между разными культурными и религиозными сообществами. Одновременно это было путешествие между разными профессиональными мирами: помимо антропологов в создании книги приняли участие представители биомедицины – практикующие врачи, специалисты в области ВРТ. Их комментарии звучат как голос еще одного этического сообщества, уже не ло-

кального, но профессионального, что удачно дополняет глобальную панораму практики ВРТ.

Углубленные полевые исследования в отдельных уголках современного мира в горизонте общемировых проблем (*локальное в глобальном*) – подход, который часто и весьма удачно применяется в современной медицинской антропологии. Благодаря этой исследовательской стратегии мы открываем для себя тот самый *биоэтический бриколаж*, который разрушает «тиранию глобальных дискурсов» и дает нам возможность увидеть вечные проблемы человечества в новом свете.

Примечания:

¹ См.: Справочник терминологии ВРТ, изданный Всемирной организацией здравоохранения (Glossary on ART Terminology 2009).

² *Бриколаж* (от фр. Bricolage) – термин, предложенный К. Леви-Стросом в его исследованиях мифологического мышления. Бриколаж – процесс преобразования значения объектов или символов посредством нового использования или нестандартных переделок несвязанных вещей. «В наши дни *бриколер* – это тот, кто творит сам, самостоятельно, используя подручные средства в отличие от средств, используемых специалистом» (Леви-Строс 1994: 126).

³ Понятие «стратифицированная репродукция» охватывает различные стратегии, практики и верования, которые участвуют в создании системы, служащей тому, что во всем мире зачатие, беременность и забота о детях поощряются и поддерживаются для одних, и не одобряются и осложняются для других. Шили Колен впервые предложила этот термин в своем исследовании индийских работников по уходу за детьми и их работодателей в Нью-Йорке (Colen 1995: 78–102).

⁴ Эффективность лечения бесплодия методом ЭКО невысока: приблизительно одна из трёх пациенток становится беременной после процедуры ЭКО, приблизительно одна из четырёх пациенток завершает лечение рождением ребёнка. Согласно статистике Европейского общества репродуктивной медицины и эмбриологии, за 2010 год 33,2% пациенток, которым осуществили перенос эмбрионов в матку после процедуры ЭКО, достигли клинической беременности. См., например: Kurka M.S. et al. (2014).

⁵ *Культурная компетентность* может быть определена как «способность человека адаптироваться при взаимодействии с представителями разных культурных регионов». Термин появился относительно недавно: первое определение понятия приведено П. Кристофером Эрли и Суном Ангом в книге «Культурная образованность: индивидуальные взаимодействия между культурами» (2003).

Библиография/ References

Bochoy, A. (2015) Ethics, Identities and Agency: ART, Elites and HIV/AIDS in Botswana, *Assisted Reproductive Technologies in the Third Phase. Global Encounters and Emerging Moral Worlds*, K. Hampshire and B. Simpson (eds.), N.Y., Oxford: Berghahn, p. 135–151.

Chatoo, S. (2015) Reproductive Technologies and Ethnic Minorities: Beyond a Marginalising Discourse on the Marginalised Communities, *Assisted Reproductive Technologies in the Third Phase. Global Encounters and Emerging Moral Worlds*, K. Hampshire and B. Simpson (eds.), N.Y., Oxford: Berghahn, p.191–213.

Clarke, M. (2015) 'Islamic Bioethics' in Transnational Perspective, *Assisted Reproductive Technologies in the Third Phase. Global Encounters and Emerging Moral Worlds*, K. Hampshire and B. Simpson (eds.), N.Y., Oxford: Berghahn, p. 30–45.

Colen, Sh. (1995) Like a Mother to Them': Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York, *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, F. Ginsburg and R. Rapp (eds.), Berkeley: University of California Press, p. 78–102.

Inhorn, M. (2015) New Reproductive Technologies in Islamic Local Moral Words, *Assisted Reproductive Technologies in the Third Phase. Global Encounters and Emerging Moral Worlds*, K. Hampshire and B. Simpson (eds.), N.Y., Oxford: Berghahn, p. 20–29.

Glossary on ART Terminology (2009) *ICMART and WHO Revised Glossary on ART Terminology*

(http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2_ru.pdf).

Hörbst, V. (2015) A Child Cannot Be Bought? Economies of Hope and Failure when Using ARTs in Mali, *Assisted Reproductive Technologies in the Third Phase. Global Encounters and Emerging Moral Worlds*, K. Hampshire and B. Simpson (eds.), N.Y., Oxford: Berghahn, p.152–170.

Hudson, N. et Culey, L. (2015) Knock, Knock, 'You're my Mummy': Anonymity, Identification and Gamete Donation in British South Asian Communities, *Assisted Reproductive Technologies in the Third Phase. Global Encounters and Emerging Moral Worlds*, K. Hampshire and B. Simpson (eds.), N.Y., Oxford: Berghahn, p. 214–229.

Kleinman, A. (1997) *Writing at the Margins: Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley: University of California Press.

Kupka, M.S. et al. (2014) Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, Vol. 29, Issue 10, p. 2099–2113.

(<http://humrep.oxfordjournals.org/content/early/2014/07/27/humrep.deu175.abstract>).

Levi-Strauss, C. (1994) Nepriruchennaja mysl' [Untamed thought], *Pervobytnoe myshlenie* [The Savage Mind], M.: Respublika, p. 111–336.

Nahar, P. (2015) Childlessness in Bangladesh: Women's Experiences of Access to Biomedical Infertility Services, *Assisted Reproductive Technologies in the Third Phase. Global Encounters and Emerging Moral Worlds*, K. Hampshire and B. Simpson (eds.), N.Y., Oxford: Berghahn, p.119–134.

Rapp, R. (1988) Moral Pioneers: Men, Women and Fetuses on the Frontier of Reproductive Technology, *Gender at the Crossroads of Knowledge: Feminist Anthropology in the Postmodern Era*, M. di Leonardo (ed.), Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, p. 383–396.

Simpson B. et Hampshire, K. (2015) Assisted Reproductive Technologies: a Third Phase? *Assisted Reproductive Technologies in the Third Phase. Global Encounters and Emerging Moral Worlds*, K. Hampshire and B. Simpson (eds.), N.Y., Oxford: Berghahn, p.1–19.

Tremayne, S. (2015) Whither Kinship? Assisted Reproductive Technologies and Relatedness in the Islamic Republic of Iran, *Assisted Reproductive Technologies in the Third Phase. Global Encounters and Emerging Moral Worlds*, K. Hampshire and B. Simpson (eds.), N.Y., Oxford: Berghahn, p. 69–82.