

Когда язык имеет значение: от донорства яйцеклеток к рынкам ооцитов

Автор статьи проблематизирует язык донорства, ставший общеупотребительным для описания практик передачи женских половых клеток в текстах законов, профессиональных этических рекомендациях, в обиходной речи врачей и пациентов. Передача половых клеток от одного человека к другому сравнивается с трансплантацией соматических клеток и тканей. Развитие трансплантологии и репродуктивной медицины требовало и продолжает требовать обеспечение потока биологических материалов от здоровых людей, не имеющих в самой процедуре трансплантации органов (или оплодотворении половых клеток и имплантации эмбриона) очевидного интереса, к больным, нуждающимся в лечении («терапии бесплодия»). Язык *дара, солидарности, альтруизма* стал тем клеем, который собрал эти кирпичики, позволяя, с одной стороны, легитимировать в глазах общества практики обмена человеческим биологическим материалом, и, с другой, уберечь последний от выпадения в область профанного, овеществленного, безличного, — процесса, которому сопротивляются базовые культурные интуиции западного человека.

107

На материалах количественного опроса европейских доноров, нескольких глубинных интервью с донорами в разных странах, а также наблюдениях в московской клинике репродукции в 2010-2011 г., мы показываем спектр значений, которые женщины-доноры придают своим действиям: от эмпатии и решения психологических проблем до зарабатывания денег. Анализ этих мотиваций вкуче с анализом законодательства (главным образом российского и британского) и этических рекомендаций врачей позволяет увидеть, что практики донорства производятся силовыми полями, которые сильно отличаются в разных национальных контекстах.

В заключение мы схлопываем два уровня анализа — языка и практик, — чтобы показать, насколько язык *донорства* устарел для описания реально происходящего, насколько он не позволяет решить те проблемы, которые были перед ним поставлены. В конце статьи мы приходим почти что к нормативному выводу: нужен новый язык, основанный

Курленкова Александра Сергеевна — кандидат исторических наук, научный сотрудник группы медицинской антропологии ИЭА РАН, Москва. Научные интересы: биоэтика, медицинская антропология, новые биомедицинские технологии. Email: askurlenkova@yandex.ru
Alexandra Kurlenkova — Candidate of Science (History), MA (Bioethics), research assistant at the Group of Medical Anthropology, Institute of Ethnology and Anthropology RAS, Moscow. Research interests: bioethics, medical anthropology, new biomedical technologies. Email: askurlenkova@yandex.ru

на не менее сильной и общественно значимой метафорике, чуткий к реальным практикам и рефлексивный по отношению к тому, чьи интересы он отстаивает.

Ключевые слова: донорство женских гамет, вспомогательные репродуктивные технологии, ЭКО, трансплантация органов и тканей человека, теории дара, коммодификация человеческих органов и тканей, медицинский туризм

Alexandra Kurlenkova

When language matters: from egg donation to oocyte markets

108

The author challenges the language of donation that became common in describing practices of exchange of female reproductive cells in the texts of laws, professional ethical recommendations, habitual speech of doctors and patients. Transfer of gametes from one person to another is compared to transplantation of somatic cells and tissues. Development of transplantology and reproductive medicine required and keep. on requiring a constant flow of biological materials from healthy individuals not interested in transplantation procedure (or embryo implantation) to the sick in need of treatment (infertility therapy). The language of donation, solidarity, altruism became a sort of glue piecing together these bricks. This allowed, on the one hand, to legitimize practices of human biological materials exchange, and, on the other, to prevent the latter from rolling off to the realm of the profane, objectified, impersonal — the process resisted by core western cultural intuitions.

Using the data from a multi-site European survey, several in-depth interviews with egg donors from different regions, as well as observations I did in a Moscow fertility clinic in 2010-2011, we show a spectrum of meanings attributed by women-donors to their actions: from empathy and solving psychological problems to earning money. Analysis of these motivations, together with analysis of legislature (first of all, Russian and British), allows us to see that donation practices are produced by fields of forces that vary greatly among different countries.

In the end we combine two levels of analysis — language and practices — to show that the language of donation is largely outdated to properly describe real state of things, to solve the issues that he was created to tackle.

Keywords: egg donation, assisted reproductive technologies, IVF, organ and tissue transplantation, gift theories, commodification of human organs and tissues, medical tourism

Мы привыкли называть донорами людей, которые предоставля-
ют свою кровь, ткани и целые органы, чтобы помочь больным
родственникам или же незнакомым людям в рамках благотвори-
тельной помощи. Это понятие стало обиходным на языке здравого
смысла; оно также прочно закреплено в медицинском языке, на ко-
тором говорят и думают врачи, и в юридическом языке, на котором

написаны национальные и международные законы. Точнее, так: если обратиться к истории медицинского донорства, мы увидим, что именно поле закона и поле медицины снабдили нас языком, которым мы сегодня пользуемся.

Как пронизательно отметила антрополог Н. Шейпер-Хьюз, язык «дара» применительно к обмену человеческим биологическим материалом нуждается в «радикальной деконструкции» [Scherer-Hughes 2000, p. 13]. Его возникновение совпало с формированием новых областей медицины, таких, как трансплантация органов и тканей человека (1960-е) и репродуктивная медицина (1970-80-е годы). Создание языка «дара жизни» (gift of life), человеческой солидарности, альтруизма, на котором трансплантологи обращались к обществу, было важным лингвистическим ресурсом, необходимым для обеспечения пациентов в листе ожидания достаточным количеством органов и тканей. Испугавшись возможности насильственного или неэтичного забора органов у живых доноров, а также торговли органами, законодатели приняли все меры, чтобы не допустить придания биологическим материалам статуса *товара*. В результате возник хронический дефицит органов на Западе, а также постоянное ощущение «нехватки органов», ставшее дополнительным стимулом для добросовестного гражданина думать об альтруистической помощи нуждающимся. В те же годы шли и другие, связанные с трансплантологией лингвистические бои: обсуждение нового определения, критериев и тестов для установления момента смерти человека¹.

109

Репродуктивная медицина обзавелась собственным языковым инструментарием, конституировав бесплодие как медицинскую проблему, требующую своего решения через доступные высокотехнологичные методы лечения бесплодия, в числе которых донорство половых (репродуктивных) клеток. Последнее стало по сути медицинской процедурой, соединяющей женщин, которые хотят ребенка и которым врачи, согласно выработанным правилам, рекомендуют использовать яйцеклетку донора² (оплодотворив ее при этом спермой мужа, партнера или анонимного донора), с дру-

1 Под влиянием бурно развивавшейся в то время трансплантологии эти дебаты закончились «консенсусом», что смерть человека диагностируется через «смерть мозга», понимаемую как деструкция неокортекса (зона мозга, отвечающая за высшую нервную деятельность) (подробно об этих обсуждениях см. [Bartlett, Youngner, 1988]).

2 К пациентам, которым рекомендуется донорство ооцитов, обычно относят: а) женщин после 35 лет, б) женщин с преждевременной менопаузой (синдромом преждевременного истощения яичников), в) женщин, несколько раз пробовавших ЭКО с собственными яйцеклетками и потерпевших неудачу. Иногда яйцеклетки другой женщины используют, чтобы избежать переда-

гими, безупречно здоровыми женщинами, у которых нет никаких проблем с яйцеклетками, и потому имеющими возможность поделиться ими с нуждающимися. Институализация донорства ооцитов, так же как и институализация трансплантологии, сопровождалась применением и «оседанием» в обыденной речи понятий *дара* и *альтруизма*, призванных выполнять определенную культурную, утилитарную и правозащитную функции.

Проблематизация языка донорства, ставшего привычным для уха обывателей, медицинских профессионалов и законодателей, является ключевой задачей данной статьи. Анализируя тексты национальных и международных документов, регулирующих донорство женских половых клеток, а также рекомендации профессиональных медицинских сообществ, мы постараемся «распечатать» их герметичную упаковку, указав на те причины, которые лежат в основе выбора «дара» как ключевого для этой сферы тропа. Далее, обратившись к опросам доноров в разных странах, а также нашим собственным материалам, собранным в московской клинике бесплодия в 2010-2011 гг.¹, мы рассмотрим мотивы, которые движут донорами. Это позволит перейти с уровня языкового анализа на уровень реальных субъективных смыслов, полагаемых донорами, а через это — к практикам донорства. Мы увидим, что эти практики сильно отличаются в разных локальных контекстах. Пользуясь языком П. Бурдьё, мы покажем, как система объектив-

110

чи генетического заболевания от матери (т.е. женщины, вынашивающей ребенка) к плоду.

- 1 В 2010-2011 гг. я работала в московской клинике лечения бесплодия. Моя должность называлась «менеджер по общению с иностранными пациентами». Мое основное общение с ними проходило по электронной почте, я также должна была сопровождать пациентов, приехавших в Россию из других стран или живущих в России, в качестве переводчика на приемах врачей. В целом за время моей работы в клинике мне довелось сопровождать таким образом 5 иностранных пациентов. Находясь в клинике, я могла наблюдать, тогда не зная, что когда-нибудь эти наблюдения выльются в полноценную статью, за работой менеджеров по подборе доноров и врачей, рекомендующих пациентам донорские яйцеклетки. Однажды мне пришлось переводить результаты анализов доноров, числившихся в базе данных клиники, на английский, так как клиника продавала часть хранившихся замороженных яйцеклеток в одну из клиник Великобритании. Тогда я смогла познакомиться с несколькими заключениями психиатра (от 5 до 10), сделанными по результатам осмотра доноров, отрывки из которых будут фигурировать в статье. Я выражаю большую признательность клинике, ее сотрудникам, с кем я контактировала как коллега и как друг, и пациентам (в частности, одной прекрасной паре иностранных пациентов, у которых недавно родилась девочка, имеющая одну «социальную маму» из Португалии и одну «генетическую маму» из России).

ных отношений между позициями различных игроков (государства, профессиональных ассоциаций, клиник, пациентов, доноров) в различных региональных полях производит различные практики донорства: от *товарообмена* до практик некоммерческого донорства, движимого эмпатией, медицинскими выгодами, семейными или дружественными связями. Соотнесение современной риторики донорства с реальными практиками позволит поставить вопрос о необходимости создания нового языка и новых образов, лежащих в его основе.

Краткое техническое введение: репродуктивные клетки и процедура донорства

Донорство репродуктивных клеток человека (т. е. яйцеклеток¹ и спермы) в отличие от донорства соматических клеток (т. е. всех остальных клеток организма) представляет интерес не только для репродуктивной медицины как метод лечения бесплодия, но и для огромного научного и медико-промышленного комплекса ввиду особых свойств этих клеток. Эмбрион, произведенный технологически через смешивание в пробирке женских и мужских гамет², может рассматриваться пациентами и клиниками репродукции как что-то, что в итоге разовьется в плод и превратится в ребенка, или же — учеными в биологических лабораториях — как источник клеток, способных к бесконечному делению *in vitro* и превращению во все типы клеток тела взрослого человека. Законодательно на территории страны может быть разрешен забор яйцеклеток у доноров для целей репродукции и /или для научных исследований.

Репродуктивная медицина сегодня представляет донорство яйцеклеток как процедуру, требующую затрат времени и усилий со стороны женщины-донора (первичное обследование, прием препаратов, в том числе гормональных, визиты к врачам), но также относительно безопасную. В целом, как говорит медицинское знание, размер фолликулярного запаса женщины³, по крайней мере до 35 лет, позволяет ей без ущерба для себя делиться с другими жен-

-
- 1 Далее слова *женские репродуктивные клетки, женские гаметы, женские половые клетки, яйцеклетки и ооциты* будут использоваться как синонимы.
 - 2 Или введением сперматозоида в яйцеклетку с помощью микроиглы (метод ИКСИ, интрацитоплазматической инъекции сперматозоида).
 - 3 Фолликулярный запас — запас яйцеклеток, генетически заложенный в яичниках у женщины.

щинами ненужными яйцеклетками, которые в итоге все равно подвергнутся разрушению¹.

Процедура донорства женских гамет имеет ряд известных медицинскому миру рисков, а также ряд последствий, по которому мировое медицинское сообщество еще не выработало единого мнения. Женщина, приходящая в клинику, чтобы стать донором, получает информационную брошюру, в которой говорится, что к побочным эффектам приема гормональных препаратов относятся головная боль, отеки и частые перепады настроения (согласно брошюре, их испытывает менее 10% женщин), а также «незначительный риск инфекции во время пункции»². Наиболее опасным в этом описании является «синдром гиперстимуляции яичников» — по сути ятрогенное заболевание, возникающее в ответ на введение чрезмерного количества гормональных препаратов, необходимых для стимуляции яичников³. Симптомами его являются вздутие живота, покалывание в области яичников, тошнота, прибавка в весе⁴. Помимо известных и обсуждаемых рисков открытым и необсуждаемым с женщиной остается вопрос о долгосрочных последствиях стимуляции яичников и забора яйцеклеток. Достоверной информации

- 1 См., например, такое объяснение в информационной брошюре, выдаваемой донорам в клинике: «У 12-летней девочки в яичниках находится около 300 000 яйцеклеток. За детородные годы в процессе овуляции яичниками расходуется менее 500 из них. Оставшиеся 299 500 яйцеклеток подвергаются процессу под названием «атрезия», при котором они, не созревая, рассасываются в яичниках между периодом наступления половой зрелости и менопаузой. В связи с присутствием большого количества этих «запасных» яйцеклеток нет оснований полагать, что прием лекарств во время донорского процесса или само по себе донорство яйцеклеток может уменьшить запасы яйцеклеток в такой степени, чтобы привести к ранней менопаузе» [ПД, 2010].
- 2 Пункция яйцеклеток — 10-минутная операция под наркозом, во время которой врач извлекает из тела донора созревшие яйцеклетки с помощью тонкой иглы через стенку влагалища.
- 3 Стимуляция яичников донора гормональными препаратами (гонадотропинами) производится, чтобы получить больше зрелых яйцеклеток (в среднем — 10-12 в одном цикле, с вариациями от 0 до 30-40). Обычно препарат вводится подкожно самим донором в течение 7-10 дней. Следует отметить, что любая пациентка, проходящая программу ЭКО с собственными яйцеклетками, подвергается аналогичной процедуре.
- 4 Самый тяжелый случай осложнений, появившихся в результате гормональной стимуляции, о котором мне довелось слышать от менеджера в клинике, окончился тем, что одному донору полностью вырезали оба яичника предположительно оттого, что она занималась физической нагрузкой в момент, когда под воздействием гонадотропинов яичники были сильно увеличены. Следует отметить также, что директор клиники полностью взял на себя расходы по лечению донора.

о таких рисках на данный момент нет [Kenney, McGowan, 2014, p. 18], однако есть исследования, показавшие, что гормональные препараты, принимаемые донорами, могут увеличивать риск развития рака матки (показатели риска возрастают при более высоких дозах и более длительном наблюдении за женщинами) [Jensen, Sharif, Kjaer, 2009].

Краткое теоретическое введение: о статусе обмениваемого блага

Обмен дарами и обмен товарами являются наиболее широко используемыми моделями для характеристики двух парадигмальных форм обмена, которые существуют между людьми. Обмен дарами, как его определил Марсель Мосс в своей классической работе «Опыт о даре. Форма и основание обмена в архаических обществах», включает три принципа: обязанность давать, обязанности принимать и обязанность возмещать дар. Третий элемент дара, особенно интересный в контексте этой статьи, связан с тем, что передаваемое благо несет в себе «частицу природы и субстанции» дарителя, «так как принять нечто от кого-то — значит принять нечто от его духовной сущности, от его души» [Мосс, 2011, с. 152]. В традиционных обществах вещь имеет одушевленный, индивидуализированный характер; будучи подаренной, «она стремится к возвращению в «родительский дом», как это называет Герц, или же «к созданию для клана и почвы, местности, откуда она вышла, некоего эквивалента самой себя» [Ibid., p. 152]. В отличие от современной экономики, где личное и вещное право, личности и вещи четко разделены, в традиционной экономике дара, по мысли Мосса, они слиты воедино [Ibid., p. 230].

113

Обмену дарами Мосс противопоставляет современную рыночную экономику, «основанную на чистом интересе» [Ibid., p. 276]; уникальности и личному характеру дара — эквивалентную стоимость товара на рынке, безличные отношения между продавцом и покупателем. Бурдье поправляет Мосса, показывая, что в основе дарообмена, так же как и в основе товарообмена, лежат «неизбежные и неизбежно корыстные отношения», только в первом случае существует эффект «институционально организованного и гарантированного неузнавания», а также «временного интервала», разделяющего дар и ответный дар и позволяющего дарообмену выглядеть как «два первичных акта щедрости, без прошлого и будущего, а значит, без *расчета*» [Бурдье, 2001, с. 220]

И. Копытофф обращает внимание на тот факт, что одна и та же вещь может многократно менять свой статус — от товаризации к уникализации и обратно — в зависимости от пространственных

и временных координат, в которых она находится [Копытофф, 2006, с. 136]. В каждой культуре неизбежно есть вещи, которые тщательно охраняются от товаризации путем культурных запретов: к таким вещам относятся памятники, государственные музеи, награды, ритуальные предметы. Копытофф отмечает также, что «в обществах-государствах многие из этих запретов установлены на государственном уровне, причем обычно не проводится грани между тем, что нужно обществу в целом, тем, что нужно государству, и тем, что нужно отдельным правящим группировкам» [Там же, с. 145].

Маршруты медицинских туристов: кольцевой обмен кула

114

Современное западное общество наделяет органы и клетки человека статусом уникального, сакрального блага, сопротивляющегося товаризации, причем, как мы увидим далее на примере донорства яйцеклеток, утилитарные, общекультурные и иные интересы, стоящие за поддержанием этого статуса, обычно спутаны в один общий клубок. При этом изъятие органов из экономической сферы приводит к созданию (ощущения) их дефицита [Копытофф, 2006, с. 144]. Пытаясь справиться с ним, врачи и биомедицинские институты, участвующие в трансплантации органов и тканей, в свою очередь пользуются языком «альтруизма», «дара», «взаимопомощи», чтобы обеспечить снабжение человеческих тканей разного рода от населения [Tutton, 2004; Shaw 2008]. Дефицит органов и тканей в развитых странах провоцирует движение нуждающихся пациентов на «периферию глобального капитализма» [Waldby, Cooreg, 2006, p. 21], в страны Латинской Америки (Аргентину, Чили, Бразилию), Азии (Китай, Тайвань, Индию), бывшие советские республики с менее жесткими законодательными требованиями относительно донорства и /или процедурами контроля за соблюдением прав человека. Развивающиеся страны нередко становятся местами черных рынков донорских органов [Scherer-Hughes, 2000], где штат доноров часто пополняется из наиболее незащищенных слоев населения. «В целом поток органов следует современным маршрутам капитала: с Юга на Север, из третьего мира в первый, от богатых к бедным, от черных и коричневых — к белым, и от женщин — к мужчинам» [Ibid., p. 5]. Движение больных тел и здоровых органов навстречу друг другу по определенным географическим маршрутам позволило антропологу Шейпер-Хьюз сравнить его с кольцевым обменом драгоценными ожерельями и браслетами кула, осуществлявшимися жителями Тробрианских островов.

Векторы движения «репродуктивных туристов»¹ в широкой перспективе совпадают с направлениями движения «органных туристов». Запрет на товаризацию яйцеклеток в Западной Европе, с одной стороны, и достаточно перmissive законодательные режимы регулирования рынка ооцитов в Восточной и Южной Европы (в первую очередь России, Украине, Испании и Греции), с другой, создают своеобразное неоднородное силовое поле. Оно направляет движение людей, которые хотят ребенка, но не могут зачать его естественным путем, от более напряженных точек к точкам с меньшей напряженностью. Наиболее напряженные точки в этой системе координат расположены в странах, продвигающих образ альтруистического донора (или донора, получающего некоммерческие выгоды), устанавливающих законодательные ограничения на возраст пациентов и отдельные технические процедуры². Напряженность поля тем ниже, чем ниже степень его законодательной регуляции и чем больше возможностей и автономии получают рыночные игроки (клиники, агентства по найму доноров, банки половых клеток), а вместе с ними и сами «туристы».

Наблюдая за иностранными пациентами в российской клинике, начинаешь видеть примеры того, от чего уезжают эти пациенты и чего ищут в России: итальянская пара хочет провести ЭКО с донорской яйцеклеткой, но эта процедура запрещена на их родине из-за влияния римско-католической церкви³; одинокая 50-летняя француженка хочет ребенка, но во Франции ее возраст превышает верхнюю планку, установленную для лечения пациентов ЭКО, поэтому она приезжает в Россию (врач, не довольный результатами осмотра, рекомендует ей подумать о суррогатной маме); пациентка из Великобритании, имеющая одного сына, зачатого от донорской яйцеклетки, хочет еще одного ребенка, но в ее стране «мало донорских яйцеклеток» и «небольшой опыт в лечении иммунологических проблем» [ПД, 2010].

- 1 Репродуктивные туристы — это люди, временно выезжающие в другую страну для репродуктивного лечения с целью зачатия/вынашивания/рождения ребенка [Исупова, 2012, р. 1]. В настоящее время более предпочтительными считаются понятия «репродуктивное лечение за границей», «трансграничная репродуктивная помощь» (cross-border reproductive care) [ESHRE Task Force on Ethics and Law, 2008], лучше отражающие мотивы пациентов: не отдохнуть за рубежом, но пройти лечение в зарубежной клинике.
- 2 Например, в Германии и Австрии донорство яйцеклеток как для терапии бесплодия, так и для научных исследований полностью запрещено законом.
- 3 Донорство яйцеклеток было разрешено в Италии в 2014 г.

Маршруты движения репродуктивных туристов становятся теми силовыми линиями, по которым можно проследить изменения в «культурной биографии» яйцеклеток, флуктуации их статуса от дара к товару.

Риторика альтруизма: защитные, утилитарные и культурные функции

Национальные законодательства, рекомендации профессиональных сообществ врачей-репродуктологов и этических комитетов по-разному, в том числе с разной степенью детализации, регулируют практики передачи репродуктивных клеток, однако все они используют язык донорства (дара) как базовый. Часто понятие дара («репродуктивного дара») воспринимается как само собой разумеющееся и не проясняется. «Риторика дара часто представляется так, как будто она имеет единственное, гомогенное значение. Будучи доминантным тропом, язык дара используется клиниками бесплодия... в информационных брошюрах, в разговорах с донорами, а также этическими комитетами» [Shaw, 2008, p. 18]. Так, закон Евросоюза и рекомендации Европейского общества репродукции и эмбриологии человека предписывают, что в основе передачи яйцеклеток от одной женщины другой должны лежать принципы альтруизма и солидарности¹. Альтруизм донора подразумевает, что донор действует из чувства солидарности, донорство не оплачивается и происходит добровольно.

Функционально ссылка на альтруистического донора как образцового необходима в первую очередь для того, чтобы минимизи-

116

1 Директива Евросоюза, регулирующая процедуры донорства, получения, проверки, хранения и использования разных типов стволовых клеток, включая яйцеклетки, предписывает следующее:

«(18) Принципиально важно, чтобы программы применения тканей и клеток основывались на философии добровольного и неоплачиваемого донорства, анонимности как донора, так и реципиента, *альтруизме* донора и *солидарности* между донором и реципиентом. Государства-члены должны принимать шаги для того, чтобы активно вовлекать общественный и некоммерческий сектор для обеспечения тканями и клетками область прикладных услуг и релевантные исследования» [Directive 2004/23/EC, Article 18] (курсив мой — А. К.).

Аналогично Европейское общество репродукции и эмбриологии человека рекомендует: «В целом донорство биологических материалов не должно оплачиваться. Собственная ценность *дара*, способ продемонстрировать *солидарность* выше, чем позитивные утилитарные последствия оплаты и получения материала» [ESHRE Taskforce on Ethics and Law 2002: 1408] (курсив мой — А. К.)

ровать случаи коммерческого донорства, т. е. тех ситуаций, когда женщина идет на донорство ради денег. Крайняя форма коммерческого донорства — когда человек решает донировать своей орган или клетки, находясь в сильной нужде. Чтобы заработать необходимые деньги, он может пренебречь физическими и эмоциональными рисками донорства¹; сумма, которая ему предлагается, может служить неподобающим стимулом (*undue inducement*), грозящим риском эксплуатации человека. Как при проведении клинических исследований, так и при донорстве органов и тканей, участник/донор не должен быть «опьянен» своей наградой, так как ее перспектива подрывает его способность (*sapacity*) к рациональному принятию решения, и он может согласиться на заведомо вредное для себя действие. Способность рационально взвешивать риски и пользу от конкретной процедуры считается гарантией добровольности решения донора, что является одним из условий получения адекватного информированного согласия [Meisel et al., 1977].

Помимо опасности для женщины, передающей свою яйцеклетку, коммерческое донорство несет риски для пациентов. Высокий гонорар за яйцеклетку может подтолкнуть потенциального донора к тому, чтобы утаить важную информацию о своем здоровье [ESHRE Taskforce on Ethics and Law, 2002, p. 1408; ASRM, 2007, p. 306]. Считается, что альтруистическая мотивация станет гарантом того, что женщина не будет скрывать информацию о своем образе жизни (курение, алкоголь, наркотики) и наследственности, которая могла бы повлиять на качество яйцеклеток и здоровье будущего ребенка. Кроме того, успех донорской процедуры во многом зависит от того, насколько женщина мотивирована на то, чтобы внимательно относиться к достаточно сложному режиму приема препаратов², посещений врача.

Некоторые документы уделяют внимание также третьей группе рисков, связанных с коммерческим донорством, которые условно можно назвать «рисками для общества». Плата за донорство подразумевает, что яйцеклетки являются «собственностью или товаром и, таким образом, обесценивает человеческую жизнь» [ASRM, 2007, p. 306]. Угрозе подвергаются такие общественные ценности, как «уважение к человеческой жизни» и «достоинство» (*dignity*) [Ibid., p. 306]. Какую конкретно опасность для общества таит разру-

1 «Чем больше увеличивается размер оплаты, тем больше вероятность того, что женщина пренебрежет рисками» [ASRM, 2007, p. 306].

2 Например, последняя инъекция перед извлечением яйцеклеток делается с точностью вплоть до минуты, оно должно произойти ровно через 35 часов после введения препарата.

шение этих человеческих ценностей? В европейских и американских этических рекомендациях на этот счет ничего не говорится.

Несмотря на устанавливаемый образец альтруистичного донора, многие европейские (а также американское) законодательства все же гарантируют возможность денежной выплаты донору (формулируемой в терминах «умеренной компенсации», «обмена услугами»), чтобы «возместить расходы и неудобства, связанные с донорством»¹. При этом предпринимается хитрый лингвистический ход. По аналогии с оплатой «работы, требующей времени, стресса, физических усилий и рисков», или вознаграждением участников клинических исследований компенсация доноров ооцитов — это «справедливая оценка времени, неудобств и дискомфорта, ассоциируемых с получением яйцеклеток», а не плата за сами ооциты [ASRM, 2007, p. 306; Thompson, 2007, p. 209]. Таким образом, обходится проблема коммодификации яйцеклеток: донору платят не за них, а за потраченное время и усилия.

118

Размер умеренной компенсации различается в разных странах. Как показал опрос доноров в 11 странах Европы в 2011-2012 гг., за одну пункцию во Франции доноры получают только возмещение «доказанных расходов»; в Португалии доноры указали точную сумму компенсации в 627 евро; в Великобритании законодательный лимит выплат составляет 750 фунтов или 870 евро (с 2011 г.); в Испании с некоторой вариативностью размер компенсации оценивается в 900 евро; в Финляндии — 250 евро плюс покрытие расходов, хотя часть доноров упоминала суммы до 600 евро; в Бельгии был зафиксирован наибольший разброс сумм — от 500 до 2000 евро [Pennings et al., 2014, p. 1081]. В США нет федеральных рекомендаций относительно размера компенсации доноров, но Американское общество репродуктивной медицины предписывает, что выплаты в размере от 5 до 10 тыс. долларов нуждаются в объяснении, а суммы свыше 10 тыс. неуместны [ASRM, 2007, p. 308].

Помимо финансовой компенсации обычных доноров существует также медицинская схема вознаграждения самих пациентов, донирующих яйцеклетки. Такая программа, называемая *Egg sharing*, предлагается пациенткам, имеющим собственные «хорошие» яйцеклетки, но нуждающиеся по той или иной при-

1 «Обмен услугами в контексте лечения бесплодия кажется более приемлемым в качестве компенсации, чем прямая оплата репродуктивного материала, которую мы считаем неэтичной» [ESHRE Taskforce on Ethics and Law, 2002, p. 1408]. «Доноры могут получать компенсацию, которая строго ограничена восполнением расходов и неудобств, связанных с донорством» [Directive 2004/23/EC, Article 12].

чине¹ в процедуре ЭКО. Чтобы получить скидку на лечение (иногда пройти его бесплатно), такая пациентка делится «излишком» яйцеклеток, полученных в ходе программы ее лечения, с другой пациенткой, имеющей проблемы с собственными гаметатами. Такую модель называют также моделью «практического альтруизма»². Посредством клиники происходит обмен услугами между двумя пациентками, преследующими одну и ту же цель, — родить ребенка, но имеющими разного рода препятствия на пути к ее осуществлению. Законодательно донорство такого типа регулируется так же, как и обычное.

Язык донорства и установление альтруистического донора как образцового должен защищать интересы игроков этого поля. С одной стороны, донор-альтруист не заинтересован в деньгах и вступает в игру добровольно, что защищает, по мысли законодателей, его интересы (здоровье). Добровольность решения субъекта служит в биоэтике одним из обязательных условий получения информированного согласия³, гарантией того, что он не подвергнется эксплуатации. Однако, как отмечалось в ряде исследований, эффект принуждения (*undue inducement*) все же может существовать, и сказывается он на самых бедных женщинах [Pennings, 2014, p. 1086] в тех контекстах, где социально-экономические условия жизни наиболее плохи. Механизм умеренной компенсации работает только в случае, если изначальное финансовое состояние донора достаточно высоко. Чтобы показать относительность величины компенсации для разных социально-экономических слоев американского общества, К. Томпсон приводит в пример одинокую американку, мать двоих детей, зарабатывающую 10 тыс. долларов в год и получающую 5 тыс. долларов за одну пункцию (сумму, рекомендованную Американским обществом репродуктивной медицины). Занимаясь донорством раз в год, она увеличивает свой годовой доход на 50%. На контрасте с ней ее соседка, зарабатывающая 100 тыс. долларов в год, увеличивает свой доход за счет донорства лишь на 5%, что говорит о том,

- 1 Обычно это женщины с различными проблемами фертильности, например, непроходимостью фаллопиевых труб; лесбиянки и одинокие женщины; женщины, имеющие нефертильного партнера (источник — http://www.eggsharing.com/eggsharer_elibility.html).
- 2 http://www.eggsharing.com/advantages_of_eggsharing.html.
- 3 Основными условиями получения адекватного информированного согласия являются: а) добровольность; б) предоставление информации; в) компетентность (способность делать выбор, способность понимать информацию, способность оценивать абстрактную информацию (иногда называемую «глубоким пониманием» или способностью применять информацию к своим обстоятельствам, способность размышлять); г) понимание; д) принятие решения [Meisel et al., 1977].

что для двух женщин компенсация имеет совершенно разную природу [Thompson, 2007, p. 205].

Вторая указанная угроза коммерческого донорства — риск обмана или скрытия информации со стороны донора. Примечательно, что о той же самой опасности говорит Р. Титмус в своем анализе американского рынка донорской крови: «Что касается вопроса раскрытия информации, опять же уже неоднократно показывалось, что коммерческие доноры (paid donors), и особенно бедные доноры, остро нуждающиеся в деньгах, обычно по сравнению с добровольными донорами, родственниками и друзьями, более неохотно и менее вероятно расскажут свою медицинскую историю, дадут информацию о своих недавних контактах с инфекционными болезнями¹, недавних инъекциях, а также о своей диете, привычках употребления алкоголя и наркотиков, которые могли бы помешать им стать донорами» [Titmus, 1970, p. 151]. Образ «неблагонадежного, жадного донора» (skid-row donor, avid donor), живо обрисованный Р. Титмусом, наделяется не только определенными социально-экономическими, но и моральными характеристиками². Примечательно, что для эффективного донорства оказывается важным не только качество биологического материала (яйцеклетки), но и социальный/моральный портрет донора. Ожидается, что альтруистический донор ведет правильный образ жизни и /или искренне рассказывает о любых возможных предметах беспокойства, внимателен к режиму приема препаратов. Донор — не просто биологический механизм, на который нужно правильно воздействовать, чтобы получить хороший результат (много яйцеклеток хорошего качества); донор имеет субъектность, которая также важна тем игрокам, которые действуют в этом поле. Кажется, именно риск «недобросовестного, неискреннего донора» является важнейшей утилитарной причиной, по которой врачи и клиники заинтересованы в продвижении модели альтруистического донора. Этот образ используется также и в тех локальных контекстах, где всем

120

1 Опасения Р. Титмуса были особенно актуальны в 1950-1960-е годы, когда большой процент американских реципиентов заражался гепатитом через «коммерческую кровь» (тогда не существовало эффективного теста на обнаружение гепатита). В Британии, где донорство крови было по преимуществу неоплачиваемым, фиксировалось низкое число случаев заражения инкубационным гепатитом по сравнению с аналогичными цифрами по США [Titmus, 1970, p. 155].

2 Титмус описывает их целой серией эпитетов, которые для сохранения верности оригиналу лучше процитировать на английском языке: «dope addicts, liars, degenerated, unemployed derelicts, bums, the faceless, the undernourished and unwashed, junkies, ooze-for booze donors» [Ibid., p. 115].

участникам известно, что доноры мотивированы именно денежным вознаграждением.

Третий риск коммерческого донорства — угроза коммодификации человеческого тела — активно обсуждается в социальных науках и биоэтике с момента первых операций по трансплантации органов человека. Товаризации человеческих клеток сопротивляется культура, выражаясь в некоем общекультурном страхе, что вместе с ней утратится уникальность и бесценность человеческого тела и его компонентов. Понятие дара, бескорыстной помощи одного человека другому в риторике донорства служат тем финальным лингвистическим тормозом, который сдерживает суверенную область человеческого тела от того, чтобы быть признанной в качестве объекта купли-продажи. К моральным и социальным барьерам, связанным с коммодификацией клеток человека, в случае с репродуктивными клетками добавляются представления и культурные табу, связанные с родством, институтом семьи и проч. Продажа яйцеклеток может поставить под вопрос традиционные представления о материнстве и отцовстве как о том, что нельзя купить; так же, как и продажа сексуальных услуг, товаризация гамет «может дисконтировать ценность соответствующих социальных институтов», таких, как семья и брак [Бердышева, 2012, с. 70]. С другой стороны, «объективизация» гамет, наоборот, помогает сохранению статуса кво в структуре традиционной семьи: благодаря тому, что в документах речь идет только о процедуре передачи биологического материала, и ни слова о том, как можно интерпретировать отношения донора и ребенка, технологически сконструированного с участием этого материала, вопрос о материнских правах однозначно решается в пользу пациентки клиники, т. е. гестационного и социального родителя.

121

Альтруизм и интерес в нарративах доноров

Абстрактный альтруистический донор, продвигаемый в законах всех стран, где разрешено донорство ооцитов, а также клиниках бесплодия, — это донор, не имеющий каких-либо корыстных оснований, какого-либо интереса в том даре, который он делает. Такое понимание дара противоречит модели Мосса. В его концепции дарообмен не подразумевает альтруизма; он «постоянно подчеркивает, что за великодушным, щедрым даром здесь стоят вполне утилитарный расчет и ожидание обязательной компенсации в виде ответного дара» [Гофман, 2011, с. 38]. Человек в таком обществе знает, что обязательно получит ответный дар, за этим правилом стоит некий общественный договор, нарушение которого приведет к осуждению, падению статуса в обществе. Так, на традиционной свадь-

бе семья брачующихся знает, что каждое вложение в этот праздник отдастся им в виде подарков и денег, которые гости принесут молодым. Ответный дар будет не менее дорогим, а иногда и превосходящим по стоимости благом; поэтому цель дара заключается в том, чтобы «с помощью фикции бескорыстного обмена превратить неизбежные и неизбежно корыстные отношения, задаваемые родством, соседством или трудом, в свободно выбранные отношения взаимобмена» [Бурдые, 2001, с. 219].

Отношения дара основаны на отношениях доверия. Доверие состоит в том, что: а) за практиками обмена стоит некий известный всем договор; б) условия этого договора соблюдаются всеми членами общества; редкие случаи отступления от договора грозят нарушителю общественным осуждением, падением его престижа («санкциями, бесчестьем, стыдом и виной» [Titmus, 1970, p. 72]). Такие неписанные договоры сегодня существуют между членами семьи, друзьями и надежными знакомыми. Доверие склеивает коллектив и разные коллективы, позволяя человеку без страха и даже, наоборот, с уверенностью во взаимности своего поступка вступать во взаимодействия с другими людьми. О необходимости такого доверия при обмене донорской кровью пишет Р. Титмус: врач должен доверять донору, реципиент — врачу; честное и, главное, безопасное донорство возможно только при таком типе социальных отношений, где все игроки этого поля доверяют друг другу.

122

Обратимся теперь к теме дара и альтруизма, как она представлена в нарративах самих доноров ооцитов, зафиксированных исследователями в разных частях мира. Этот анализ позволит нам увидеть многообразие значений, объединяемых донорами, а также людьми, изучающими их мотивации, под рубрикой альтруизма.

Часть доноров, мотивации которых исследователи обычно относят к альтруистическим или про-социальным, говорят об эмпатии по отношению к другим женщинам, которые хотят детей; проявлении щедрости и желании помочь другому человеку [Shaw, 2008, p. 18]. Многие из доноров решают участвовать в программе под впечатлением историй друзей и знакомых, имеющих проблемы с зачатием [Ogobitg, Salazar, 2005, p. 46-47]. Понятие дара, по словам информанток новозеландской исследовательницы Р. Шоу, не было обиходным в их речи, они употребляли его в интервью, чтобы пояснить, насколько оно применимо к их ситуации: «Дары (gifts) следует отдавать, не думая о том, что получишь что-то взамен»; «То, что я сделала, — особенное, я дала этим людям дар (gift). Но я не думаю, что он более особенный, чем помощь тому, кто тебе встретился, тому, с кем произошел несчастный случай»; «Я хотела дать людям дар (gift). Я имею в виду, что именно этим он и является, они называют его даром, и это и есть дар» [Ibid., p. 18]. Эти ответы наиболее близки к тому, что Р. Шоу называет случая-

ми «парадигмальных альтруистических актов», так как 1) они служат улучшению состояния, жизненных шансов и удовольствия другого человека (не себя самого); 2) они добровольны; 3) они не ожидают внешней награды или ответного дара (reciprocation) [Ibid., p. 16]. По результатам количественного опроса мотиваций доноров в 11 странах Европы 47,8% ответов всех женщин были отнесены к категории «чистый альтруизм» [Pennings, 2014, p. 1081].

Важно, что в европейском исследовании в категорию «чистый альтруизм» была включена одновременно «помощь нефертильным парам, члену семьи или другу, или комбинация этих причин» [Ibid., p. 1081]. Таким образом, сюда попали случаи семейного и дружественного донорства, когда пациент знает своего донора и состоит с ним в постоянных отношениях, а также случаи, когда пациент приводит знакомого донора и получает другого (анонимного) взамен¹. В обеих ситуациях, когда доноры и пациенты состоят в близких, продолжительных отношениях, скорее применима модель дара Мосса, чем «парадигмальные» случаи незаинтересованного донорства Р. Шоу. Например, один из мотивов семейного донорства состоит в том, что женщины «ценят, что их генетика и репродуктивный материал останутся в семье» [Shaw, 2008, p. 19].

123

Как показывают исследования, многие доноры испытывали проблемы с тем, чтобы дать один ответ на вопрос: «Почему вы стали донором?» [Orobitg, Salazar, 2005, p. 37; Shaw, 2008, p. 19]. Ответы информанток показали, что «язык дара не исчерпывает всех значений, приписываемых донорами своим действиям» [Shaw, 2008, p. 19]. Некоторые доноры указывали на более инструментальные соображения: например, они не хотели «тратить впустую» свои гаметы, имеющие «ограниченный жизненный цикл», учитывая, что они могут помочь другой женщине [Shaw, 2008, p. 19; Orobitg, Salazar, 2005, p. 39].

Иногда донорство становится для женщины способом рассчитаться со своим прошлым, компенсировать болезненную ситуацию. Одна из информанток в клинике Барселоны рассказала, что забеременела до брака. По настоянию семьи, которая боялась позора, женщина сделала аборт. Донорство яйцеклеток стало для нее способом продемонстрировать свою самостоятельность, принять собственное решение в противовес опыту аборта. Этот сюжет — утверждение женщиной собственной автономии и агентности (agency) — прослеживается в нарративах доноров несколькими авторами [Orobitg, Salazar, 2005, p. 39; Shaw, 2008, p. 19-20]. Донорство становится «про-

1 Именно по этой причине в число самых «альтруистичных» стран попали Франция и Бельгия, где большая часть опрошенных женщин пришли в клинику как член семьи или друг пациента (соответственно 76,7 и 73,8% всех опрошенных доноров в этих странах) [Pennings, 2014, p. 1081].

ектом себя» наподобие других телесных проектов, например, пластической операции, диеты, смены пола, через которые люди конструируют собственную идентичность. Оно также может стать символом новой жизни, знаковой, поворотной точкой, какой оно стало для одной из информанток, которую жених оставил практически около свадебного алтаря [Shaw, 2008, p. 20]. Кто-то из доноров столкнулся со смертью близких людей и почувствовал необходимость утвердить через донорство ценность жизни [Ibid., p. 21]. Так как донорство яйцеклеток в определенной степени является табуированной темой, то такие «проекты себя» обычно направлены не на презентацию себя окружению, а являются скорее способами совладания с какой-то болезненной ситуацией в прошлом.

Большой процент ответов европейских доноров был отнесен исследователями к смешанным категориям: «альтруизм и финансовая мотивация» (33,9%) и «альтруизм и собственное лечение» (5,4%) [Pennings, 2014, p. 1081]. Например, в Испании больше половины всех доноров оказались в «альтруистическо-финансовой» рубрике. Примечателен комментарий каталонских исследователей [Orobitg, Salazar, 2005], которые обратили внимание на то, что альтруизм присутствует в мотивах доноров в начале донорской программы, однако с течением времени доноры осознают, что эта процедура, включающая уколы, потраченное время и расходы на дорогу в клинику, приносит им много неудобств, и компенсация, которую они получают, кажется вполне уместной.

«Я не делала это за экономическую компенсацию, но настала та стадия, на которой, сказать по-честному, я подумала: «Ну, хорошо, что здесь дают [компенсацию], иначе я, может быть, подумала бы дважды». Потому что становится очень сложно приходить сюда каждый день, делать инъекции, сочетать графики [приема препаратов]» [Orobitg, Salazar, 2005, p. 44].

Мотивация женщин здесь представлена как динамический, живой процесс. Доноры говорят одновременно о желании заработать денег и желании помочь другой женщине, которые могут попеременно выходить в их речи на передний план. (Возможно, для полноты анализа следовало бы понять, какой мотив оказался для женщины стартовым.)

Ответ «альтруизм и собственное лечение» оказался наиболее распространенным среди доноров Великобритании (47,3%). Именно здесь около 20 лет назад возникла идея программы Egg sharing¹, которая до сих пор пользуется в стране большой популярностью (составляет 78,4% всех случаев донорства). Программа подразумевает обмен услугами, заключение своеобразного договора (при посредстве клиники) между двумя женщинами, нуждающимися в процедуре ЭКО,

1 http://www.eggsharing.com/history_of_eggsharing.html.

одна из которых при этом может обеспечить обеих своими гаметами и получить за эту существенную скидку на лечение (рис. 1).

Страна	Мотивы донорства				
	Альтруизм %	Собственное лечение %	Финансовая %	Альтруизм + собственное лечение %	Альтруизм + финансовая %
Бельгия	86,2	0,0	1,5	0,0	12,3
Чешская республика	48,8	0,0	5,3	0,0	45,9
Финляндия	88,7	0,0	0,7	0,7	9,9
Франция	100	0,0	0,0	0,0	0,0
Греция	28,9	4,0	39,5	0,0	27,6
Польша	58,9	3,2	0,0	23,2	14,7
Португалия	76,3	0,0	4,1	0,0	19,6
Россия	18,2	0,0	52,3	0,0	29,5
Испания	30,4	0,0	19,1	0,0	56,5
Великобритания	30,0	20,0	0,0	47,3	2,7
Украина	12,9	0,0	28,3	0,0	58,8
Всего	47,8	2,0	10,8	5,4	33,9

125

$P < 0,001$

Рис. 1. Мотивации доноров ооцитов в 11 странах Европы по результатам опроса Европейского общества репродукции человека и эмбриологии [Pennings, 2014, p. 1082].

Обратимся теперь к ответам тех женщин, которые указали, что имеют финансовую мотивацию на донорство. Из всех стран, включенных в исследование, наибольший процент таких ответов пришелся на Украину (28,3%), Грецию (39,5%), а безусловным лидером стала Россия (52,3%). Кроме того, в смешанную категорию «альтруизм и финансовая мотивация» попал максимум ответов женщин из Испании (56,5%) и Чехии (45,9%). Распределение этих ответов показывает нам пояс стран с наиболее распространенным типом коммерческого донора, где почти не представлены нематериальные типы заинтересованности (скидка на лечение).

Некоторые исследователи пишут [Pennings et al., 2014], что типичный профиль донора ооцитов в России — это женщина, у которой уже есть свой ребенок¹, моложе среднего возраста европейских доноров, часто имеющая среднее специальное (техническое) образование (45,8%), в более половине случаев имевшая опыт аборта (53,1%). Наш опыт работы в московской клинике показывает, что многие доноры — приезжие из других регионов России и стран СНГ (Украины, Молдавии, Средней Азии), они нуждаются в дополнительном доходе, чтобы снимать квартиру. Так, например, из заключения психиатра мы узнаем биографию 22-летней девушки-донора из Приднестровья.

126

«Анамнез: Наследственностью психопатологически, со слов донора, неотягощена. Родилась от нормально протекавшей беременности, в срок. В раннем возрасте росла и развивалась нормально, в школу пошла своевременно. Не сумела поступить в институт из-за беременности (17 лет). До 2010 г. постоянно жила в Тирасполе, брак с отцом ребенка не зарегистрирован, является матерью-одиночкой, в Москве около полугода, работает официанткой, пришла на заработки, ребенок у родителей. Сама живет в общегитиши. Нуждается в средствах. Алкоголем не злоупотребляет, наркотики не принимает».

Гонорар 30-80 тыс. рублей², предлагаемый женщинам за одну донорскую программу (порцию яйцеклеток), воспринимаются как существенная прибавка к зарплате, порой даже спасением в условиях

1 Официально требование о наличии у донора собственного здорового ребенка, установленное Приказом Минздрава РФ № 67от 26.02.2003 г., было отменено более новым Приказом № 107н от 30.08.2012 г. Однако, как показывает информация на сайтах российских клиник и агентств по найму доноров, многие из них продолжают отбирать только доноров, имеющих собственных детей, т. е. показавших способность родить здорового ребенка.

2 По моим оценкам, размер компенсации доноров в России составляет от 30 до 80 тыс. рублей в зависимости от региона (в столице самые высокие расценки). Размер компенсации доноров в клинике, где я работала, составляла около 35 тыс. рублей в 2010-2011 г.

сильной нужды. Анализируя фрагменты психиатрических заключений, мы видим следующие выводы.

«Считает свое поведение естественным, так как руководствуется мотивами денежного вознаграждения, считает свое материальное положение достаточным тяжелым, чтобы стать донором, принимать препараты».

«Психический статус: Выглядит соответственно возрасту, одета просто. В беседу вступает неохотно, напряжена, ответы на вопросы формальны, кратки, лишь через некоторое время, расплакавшись, сообщает, что находится в безвыходном положении, остро нуждается в средствах. Позже, успокоившись, начинает диалог, речь уверенная, правильная. Взгляды на жизнь рациональные, прямолинейные. Склонна к переменам в настроении, без причины может стать грубой, обидчива. В программе донорства участвует лишь по причине денежного вознаграждения».

«Отношение к донорству на данном этапе как к возможности дополнительно заработка, так как оказалась в затруднительных материальных условиях».

«Определяется сформированное отношение к донорству, рассчитывает на денежное вознаграждение».

127

Психиатр отмечает, что деньги являются естественной мотивацией для женщины-донора, называя такое отношение к донорству «сформированным».

В заключениях встречается и другая причина донорства: по словам одной женщины, для нее это возможность «проверить свое здоровье», т. е. бесплатно (в счет донорской программы, оплачиваемой пациентами) пройти подробное медицинское обследование. Другие исследователи, опрашивавшие коммерческих доноров в разных национальных контекстах, отмечали среди значений, придаваемых донорству, стремление «подтвердить собственную фертильность», «передать свои гены», а также желание «восполнить произошедшую утрату», например, аборт или изнасилование [Pugewal, van der Akker, 2009, p. 509].

В наиболее явном виде яйцеклетка передается как товар на американском рынке. Женские, равно как и мужские половые гаметы, здесь признаны «возобновляемой тканью», что узаконивает легальную торговлю ими и создает условия для функционирования «энергичного, сильно стратифицированного и совершенно не регулируемого внутреннего рынка ооцитов» [Waldby, Cooper, 2006, p. 15]. С другой стороны, исследователи отмечают особенности и вариации функционирования яйцеклеток в этом поле: агентства, занимающиеся наймом доноров, склонны к тому, чтобы представлять женщин, донирующих яйцеклетки, как альтруистических помощников, в то время как мужчины, донирующие сперму, конструиру-

ются как наемные рабочие, выполняющие работу [Almeling, 2011]. Кроме того, различные агентства могут допускать разную степень близости между пациентами и донорами: некоторые стремятся к тому, чтобы дать донорам максимальную информацию о реципиентах, что, по их мнению, мотивирует доноров на честное поведение, соблюдение всех особенностей медицинского режима.

Румынская исследовательница М. Нахман, проводившая интервью с донорами в клинике Бухареста, называет своих информанток «хорошо информированными участницами неолиберальной экономики, где влечение (desire) становится силой, стягивающей женщин разных позиций» [Nahman, 2008, p. 67]. Они не являются пассивными жертвами глобального капитализма, но «активно вовлекаются в продажу яйцеклеток». Все 20 женщин, с которыми она общалась в клинике, продают яйцеклетки за деньги, чтобы заработать на ремонт квартиры, оплатить аренду, купить бытовую технику, оплатить обучение ребенка. «Называть женщин, которых я интервьюировала, донорами, было бы ошибкой. Они однозначно там, чтобы продавать яйцеклетки за оговоренную сумму» [Ibid., p. 68].

128

По мысли Нахман, товаризация яйцеклеток больше не угрожает достоинству (dignity) донора, защищаемому биоэтиками на языке прав человека; можно сказать, что румынская женщина-донор «приобретает» свое «достоинство... через возможность участия в этой экономике, где некоторые люди хотят размножаться, а она хочет пополнить свой доход» [Ibid., p. 68]. В этой перспективе пациенты, следуя необходимости/желанию использовать доступные технологии для прокреации, и доноры, следуя необходимости/желанию заработать деньги, вступают в рыночные отношения с целью извлечения взаимной выгоды.

Поля, игроки и габитусы

Пытаясь анализировать распределение альтруистических и финансовых мотиваций, а также все разнообразие сложно-текстурированных ответов по разным странам, важно иметь в виду те локальные условия, которые произвели наблюдаемые здесь закономерности. Используя язык П. Бурдьё, мы можем сказать, что представления и практики игроков зависят от их позиций, а также системы объективных отношений между этими позициями в поле игры. Эти позиции, по Бурдьё, определяются социально и в значительной степени не зависят от индивидов, которые их занимают. Поле производит структуры габитуса, «порождающие схемы», воплощенные в телах игроков и задающие определенные границы, внутри которых они могут «свободно продуцировать любые мысли, восприятия и действия» [Бурдьё, 2001, p. 106].

Такая схема позволяет нам увидеть, что яйцеклетка функционирует как дар или как товар в зависимости от расстановки сил между коллективными (государство, профессиональные некоммерческие общества, клиники, религиозные организации) и индивидуальными (пациенты, дети, зачатые с помощью донорских гамет, доноры, родственники и друзья) игроками в конкретном поле. Важнейшую позицию в структуре этих сил занимает государство, которое, во-первых, может определенным образом фреймировать донорство через текст закона. Во-вторых, государство может разрешать или запрещать конкретные методы лечения бесплодия, открывать или закрывать их использование для определенных групп людей (например, гомосексуальных пар, ВИЧ-положительных, пациентов старше определенного возраста), вводить анонимность или открытость отношений между донорами, пациентами и детьми, устанавливать размер компенсации доноров. Позиция государства в то же время может формироваться в соответствии с требованиями более широкого поля международного права и международных этических рекомендаций. Так, государства-члены Евросоюза обязаны гармонизировать национальное законодательство с требованиями Директивы Евросоюза, регулирующей процедуры донорства, получения, проверки, хранения и использования разных типов стволовых клеток, включая репродуктивные клетки [Directive 2004/23/EC].

129

Другой игрок этого поля — профессиональные ассоциации врачей-репродуктологов, наподобие Американского общества репродуктивной медицины (ASRM) или Европейского общества по вопросам человеческой репродукции и эмбриологии (ESHRE). Следование их рекомендациям для клиник необязательно, но оно существенно повышает статус (символический капитал) институции, которая кладет эти правила в основу своей работы.

Третьим важным игроком являются клиники лечения бесплодия, позиции которых наиболее сильны в тех полях, где государство минимально вмешивается в регуляцию репродуктивной медицины (по сути *laissez-faire*-подход, характерный для поля США).

Наконец, индивидуальные игроки — пациенты и доноры, — которые, с одной стороны, находятся в наиболее слабой позиции, практически не имея власти устанавливать правила игры и, с другой — имея информацию о расстановке сил в разных полях, они могут выбирать поле, наиболее подходящее их интересам, иллюстрацию чему мы видим в репродуктивном туризме и миграциях доноров.

Из тех стран, где донорство ооцитов не запрещено законом, пожалуй, наиболее сильную позицию государство занимает в Великобритании. В 1990 г. здесь создан специальный комитет (HFEA), контролирующий выдачу лицензий клиникам. Привлекая к обсу-

ждению широкие общественные круги, HFEA разработал детальное законодательство, регулирующее донорство репродуктивных клеток для терапевтических и исследовательских целей¹.

Типичный донор женских половых клеток в Великобритании — это пациентка, участвующая в программе Egg sharing (78,4%, по данным Pennings et al., 2014, p. 1080), или же женщина, имеющая некоммерческую мотивацию. Ф. Прайс, обсуждавшая дебаты 1990-х в Британии, касавшиеся необходимости оплаты донорства ооцитов, отмечала, что «женщины, которые сейчас занимаются донорством, не будут делать это за плату» [Price, 1999; цит. по Ogotitg, Salazar, 2005, p. 45]. Аналогично в Новой Зеландии, которая унаследовала законодательную модель Великобритании, доноры яйцеклеток и суррогатные матери, как показывают 14 интервью Р. Шоу, руководствуются альтруистическим или нематериальным интересом к процедуре донорства, а «необходимость зарабатывать деньги» для них нерелевантна [Shaw, 2008, p. 19].

130

Габитус некоммерческого донора в Великобритании, на наш взгляд, во многом возник благодаря законодательному решению об отмене анонимности, принятому в 2005 г. Благодаря этому решению ребенок, зачатый с помощью донорской яйцеклетки после 2005 г. и достигший 16 лет, может обратиться в Комитет HFEA и запросить информацию о том, имеет ли он биологических родителей, отличающихся от его официальных родителей, а также узнать имя, адрес, дату рождения и описание внешности своего донора. Он также может запросить информацию о числе, поле и годе рождения других детей, зачатых от того же донора, если они дали на это свое предварительное разрешение². Решение об отмене анонимности было принято правительством для защиты интересов ребенка, поэтому общение между донором и ребенком на данный момент может инициировать только ребенок. Донор же имеет право узнать информацию о числе детей, зачатых от своих яйцеклеток, их поле и годе рождения [HFEA 31ZD].

Возможность общения между донором и ребенком выводит фигуру донора из-за кулисы на сцену, где находятся основные дей-

1 Закон носит название Human Fertilisation and Embryology Act (1990 г., последнее дополнение сделано в 2008 г.). Аккредитация и контроль за работой клиник лечения бесплодия, а также исследованиями эмбриональных стволовых клеток человека осуществляется Комитетом по оплодотворению и эмбриологии человека (Human Fertilisation and Embryology Authority, существует с 1990 г.).

2 Перед любым из этих решений ребенок должен получить психологическую консультацию о возможных последствиях того, что он будет знать эту информацию [HFEA 31ZA, 31ZE].

ствующие лица — ребенок и его родители. Она возвращает донору субъектность, личность, которая, по желанию ребенка, может проявиться в его жизни: для совместного ужина или для долгосрочного общения, запускающих пересборку традиционной модели семьи. Сама возможность такого общения располагает донора яйцеклеток в ряду людей, генеалогически близких пациентам, с которыми, следуя формуле, подмеченной П. Бурдые, отношения обмена строятся по принципам «добросовестности», т. е. по модели дара в отличие от отношений с чужаками, при которых сделка «все более способна стать чисто „экономической“» («полюбовные сделки между родственниками и свойственниками и рыночные сделки между чужими») [Бурдые, 2001, с. 98-99].

В этом смысле де-анонимизация донорства половых клеток является ключевым моментом в «культурной биографии яйцеклетки» [Копытофф, 2006]: она превращает яйцеклетку в дар, обещающий возможность ответного дара (встречу с родственником?) по прошествии необходимого для любого обмена дарами «временного интервала» [Бурдые, 2011, с. 207] (в данном случае — 18 лет и больше).

Поле донорства яйцеклеток в странах Восточной Европы (России, Румынии, Украине) характеризуется максимальной государственной де-регуляцией, на фоне которой рыночные игроки устанавливают свои правила. Чтобы упорядочить работу и придать клинике больший авторитет, некоторые из них заимствуют технические требования и медицинские протоколы уважаемых в этой области институций¹. Другие сами создают правила игры: устанавливают цены на процедуры, корректируют критерии отбора доноров, осуществляют продажу донорских ооцитов в другие клиники, в том числе за рубеж.

131

Анонимность донорства, предписанная законом в этих странах, стала одним из шагов к дистанцированию доноров и реципиентов, необходимому в первую очередь для того, чтобы нивелировать любые проблемы с родительскими правами реципиентов на ребенка [Shaw, 2008, с. 24]. Объективизация гамет позволяет не видеть в донорстве яйцеклеток ничего, что могло бы послужить основанием для создания социальных связей между донорами и реципиентами [Orobitg, Salazar, 2005, p. 45]. Хотя официально быть донорами ооцитов в России могут как анонимные, так и неанонимные доноры [Приказ Минздрава №107н от 2012 г.], по данным европейского исследования, 89,3% опрошенных российских доноров остались неиз-

¹ Например, клиника, где я работала, была аккредитована Колледжем американских патологов (CAP).

вестны родителям ребенка, 4,3% являлись членами их семьи, 6,4% действовали в рамках обмена яйцеклетками [Pennings, 2014, p. 1080]. Анонимность донора, типичная для российского контекста, «вошла в тело», стала габитусом самих доноров, пациентов и сотрудников клиники. Мир пациентов и мир доноров здесь максимально отделены друг от друга. На поддержание этой невидимой стены направлены многие мелкие, едва заметные усилия менеджеров по работе с донорами, которые несут ответственность за конфиденциальность их информации: хранят бумажные карты доноров в специальном шкафу, запираемом на ключ; постоянно помнят о том, какую информацию о доноре они должны сказать пациенту, а какую — обязаны скрыть.

Эту «стену» также подпирает врач, который должен, к примеру, сохранять бесстрастное лицо, если пациентка и предназначенный для нее донор буквально сталкиваются на пороге его кабинета. Подобно жителям «разделенного города» из романа Чайны Мьевилля¹, доноры и пациенты одновременно видят и не-видят друг друга, а врачи клиники — контролируют узнавание и не-узнавание в них этих социальных ролей.

132

Личность донора исчезает постепенно из поля внимания игроков. Сначала девушка-донор заполняет подробную анкету донора ооцитов, внося информацию в графу «ФИО», «дата рождения», «национальность», «паспортные данные», «адрес и телефон», «вредные привычки» и т. д. Затем она проходит подробное медицинское обследование, знакомясь с врачами клиники, которые получают ее данные и медицинскую историю. Если по результатам отбора ее берут в программу, то менеджеры добавляют данные в общую базу доноров. Эту базу можно скачать в форме таблицы с сайта клиники (на русском и английском языках): в ней содержатся данные о группе крови и резус-факторе, национальности, росте, весе, цвете волос и глаз, форме лица и носа. Таблица уже не содержит имени донора, но лишь 5-значную комбинацию цифр. Биография яйцеклетки как товара, как нам кажется, может начинаться с этого момента — момента ее появления в обезличенной форме в таблице, из которой пациент выбирает понравившиеся ему характеристики, сообщив менеджеру их номер. Этот номер будет означать конкретного человека — донора (в случае «свежей» программы), или конкретные яйцеклетки (если речь идет о покупке замороженных яйцеклеток)².

1 Речь идет о романе «Город и город».

2 Под «свежей» программой понимается, что донор принимает гормональные препараты синхронизовано с циклом пациентки так, чтобы в правильный момент — обычно на 3-5-й день культивации эмбриона, созданного с помощью донорской яйцеклетки, — организм пациентки был лучше

Объективизация яйцеклеток происходит не только на уровне закона и клиник, но и служит неким механизмом дистанцирования, используемым самими донорами. Так, в интервью с каталонскими исследователями кто-то из женщин сравнивает донорство яйцеклеток с донорством крови, пытаясь таким образом «девальвировать сам объект донорства, а также возможную генетическую и социальную связь». Кто-то проводит разницу между донорством яйцеклетки, с одной стороны, и донорством эмбриона или суррогатным материнством, с другой, говоря о том, что яйцеклетка — это «не что-то живое».

Некоторые доноры подчеркивают, что генетическая связь не важна по сравнению с каждодневным контактом матери и ребенка, эмоциями, такими, как желание и любовь, которые в итоге создадут родство. По мнению авторов, именно «определение донорства яйцеклеток как экономической транзакции» помогает донорам «аннулировать гипотетические связи, простирающиеся от нее до будущего ребенка» [Orobitg, Salazar, 2005, p. 39-45].

Рыночный характер сделок, заключаемых в определенных локальных контекстах между донорами и реципиентами ооцитов, дал повод феминистским исследовательницам говорить о необходимости введения *нового языка* для описания этих феноменов. К. Уолдби и М. Купер предложили считать «репродуктивное участие женщин в глобальной экономике тканей» новой формой женского «репродуктивного труда» наравне с более ранними его формами (домашним, сексуальным и материнским трудом), а также клиническим трудом участников биомедицинских исследований в развивающихся странах [Waldby, Cooper, 2006, p. 23]. Признание донорства трудом, пишут они, «подчеркнет права женщин на свой материал и целостность их тела» по аналогии с «интеллектуальным трудом (научным, юридическим и коммерческим), который гораздо более полно признается и защищается в биоэкономике» [Ibid., p. 23].

Признав действия восточно-европейских доноров репродуктивным трудом, нам остается один шаг до признания яйцеклетки товаром. По замечанию П. Бурдые, «„работа“ так же относится к труду, как дар — к торговле» [Бурдые, 2001, с. 229]. Часть исследователей считают, что товаризация человеческих органов и тканей вопреки общекультурным страхам позволит избавиться от «черных рынков», где органы человека и так фактически имеют статус товара, а все

всего подготовлена к его пересадке. Программа называется «свежей», так как ооцит не проходит через заморозку. Иногда излишек донорских яйцеклеток замораживают и продают по необходимости пациентам. Программа ЭКО с витрифицированными (замороженными) яйцеклетками стоит гораздо дешевле «свежей».

риски лежат на плечах самих доноров. «Не исключено, что сопротивление развитию платного донорства не столько предотвращает его коммодификацию, сколько делает ее значительно более опасной и потому менее гуманной» [Бердышева, 2012, с. 80].

Чем бы ни грозила на деле товаризация яйцеклеток, вероятно, отказ от альтруистической риторики и попытка пересобрать язык донорства в тех локальных контекстах, где он совершенно не адекватен реальности, позволит сделать более эксплицитными отношения между донорами, клиниками и пациентами, оформив их в виде коммерческого контракта.

Заключение

Развитие биомедицинских технологий во второй половине XX века потребовало создание нового языка, который помог бы эффективно встроить эти технологии в биологическую и социальную реальность — эффективно для самих технологий; медиков, сделавших из них профессию, и конечных пользователей — людей, имеющих проблемы со здоровьем. Технологии трансплантации, однако, потребовали включения в эту сеть не только людей, чей интерес в их поддержании казался «само собой разумеющимся», но и сторонних лиц, чей интерес необходимо было обосновать.

134

Другой человек, рассыпавшийся на набор ценных клеток и тканей в глазах трансплантологов, был крайне важен для запуска всего механизма. Осуществление этой склейки, обоснование включения третьего незаинтересованного лица стало возможным благодаря сильной метафоре, основанной на ценностях общественной солидарности, доверия, взаимопомощи. Метафора дара жизни, который один человек может преподнести другому, должна была обеспечить трансплантологию необходимым пулом органов и тканей, не допустив при этом товаризации тела человека.

Язык донорства, как показано в статье, нужен врачам, чтобы обезопасить себя и реципиентов тканей, выражаясь словами Р. Титмуса, от «жадных» доноров, способных на обман и сокрытие информации о своем здоровье ради получения прибыли. Он также стал механизмом защиты доноров от эксплуатации: неоплачиваемое добровольное донорство является на сегодняшний день единственной легитимной этической моделью, гарантирующей, что способность (сarasity) женщин к рациональному принятию безопасного для себя решения не будет нарушаться внешними обстоятельствами (перспективой большой прибыли).

Кроме того, женские репродуктивные клетки, как и другие клетки и ткани человека, в современном западном обществе принадлежат множеству «сакральных вещей», пользуясь различием Э. Дюркгей-

ма; «естественному резервуару индивидуализации» [Копытофф, 2006, с. 158], каковым является человеческое тело. Репрезентация яйцеклеток как уникального, личного, не имеющего эквивалентной стоимости объекта позволяет сохранить статус кво в разделении актуального для Запада мира профанных (вещи) и мира сакральных (люди) объектов.

Распаковав язык донорства и сравнив проблемы, которые он должен был решить, с реальными практиками передачи ооцитов, мы увидели ряд противоречий. Во-первых, язык дара не выполняет этические задачи, поставленные перед ним законодателями и биоэтиками: риск давления (*undue inducement*), которого доноры по идее должны избегать благодаря запрету на платное донорство, тем не менее может сохраняться в виде денежной компенсации, относительная ценность которой сильно варьируется для разных женщин. Кроме того, в защитной схеме, «защитой» в прокламируемый образ альтруистического донора, редко учитываются другие источники внешнего давления, такие, как семья и друзья (в случае неанонимного донорства), возможность бесплатно пройти лечение (в программах *Egg sharing*).

Во-вторых, культурный запрет на коммодификацию человеческого тела приводит лишь к товаризации яйцеклеток, невидимой законами, в странах со слабой позицией государства (в Восточной и Южной Европе). В качестве валидных для оправдания языка донорства остается лишь третий тип аргументов — риск жадного, нечестного донора. Связь между коммерческой мотивацией доноров ооцитов и нечестным или некомплаентным поведением с их стороны, отстаиваемая Р. Титмусом на примере донорства крови, однако, не является очевидной и нуждается в дальнейшем прояснении.

Анализ мотиваций доноров и позиций игроков в разных локальных контекстах показал, что ооциты могут передаваться как дар или как товар в зависимости от характеристик того поля, в котором они обращаются. Яйцеклетка передается как дар в тех системах обмена, где влияние государства особенно заметно, а рыночные игроки (клиники, банки гамет) обладают меньшей автономией. Напротив, яйцеклетки продаются как товары в тех контекстах, где государство максимально сократило свое присутствие, и сами клиники практически свободно устанавливают правила работы. Одна из наших гипотез, нуждающаяся в дальнейшей проверке, состоит в том, что статус яйцеклетки также во многом определяется тем, анонимна ли личность донора для ребенка, зачатого при помощи его генетического материала, и его официальных родителей.

Стоит сказать, что ни одна из идеальных теоретических моделей, т. е. дарообмен и товарообмен, не способна исчерпывающе охватить существующие практики. В тех странах, где преобладает тип некоммерческого донорства, спектр реальных донорских мотиваций

может включать такие значения, как желание передать свои гены, справиться с травматичной ситуацией из прошлого (например, аборт), включить опыт донорства в конструирование новой идентичности; к нему же относятся пациентки, сочетающие донорство гамет с собственным лечением (программа Egg sharing).

В тех локальных контекстах, где преобладает тип коммерческого донора, мотивация реальных участниц программ часто также включает желание помочь другой женщине, где эмпатия и жизненная необходимость сплетаются в единый клубок. Это подтверждается, например, ответами доноров в Барселоне, где большинство женщин указали, что согласны донировать яйцеклетки для репродуктивных целей, но никогда — только для целей научных исследований [Orobitg, Salazar, 2005, p. 46]. Компонент помощи нефертильной женщине может входить в абсолютно любую комбинацию значений, придаваемых опыту донорства.

Расхождение практик и языка, описывающего передачу ооцитов от человека к человеку, ставит вопрос о необходимости нахождения новых емких тропов для их характеристики. Альтруистический донор — это редкий вид, который заслуживает признания, но никак не может служить именем для всего пула доноров ооцитов, большая часть которых имеет коммерческую мотивацию или связана некоммерческими соглашениями с реципиентами (семейными, дружественными, отношениями пациентской взаимопомощи, как в программах Egg sharing). В этих обстоятельствах некоторые исследователи считают, что нужен новый язык, «признающий логику рынка, но не одобряющий ее» [Nahman, 2008, p. 70], открыто называют доноров «продавцами яйцеклеток», а их практики — «репродуктивным трудом» [Waldby, Cooper, 2006, p. 23]. Каким бы ни был новый язык, он должен быть чуток к реальным практикам и рефлексивен по отношению к тому, чьи интересы он отстаивает.

136

Библиография

- Бурдые П. (2001) *Практический смысл*, СПб.: Алетейя.
- Бердышева Е. С. (2012) От критики к аналитике: коммодификация жизненно важных благ как актуальная исследовательская проблема в новой экономической социологии, *Экономическая социология*, 13 (1): 67-85.
- Гофман А. Б. (2011) Социальная антропология Марселя Мосса. Мосс М. *Общества. Обмен. Личность. Труды по социальной антропологии*. А. Б. Гофман (ред.), М.: КДУ: 7-54.
- Исупова О. (2012) Репродуктивный туризм: дети, технологии и миграция, *Демоскоп Weekly*: 509-510 (<http://demoscope.ru/weekly/2012/0509/tema01.php>).
- Копытофф И. (2006) Культурная биография вещей: товаризация как процесс. В. С. Вахштайн (ред.). *Социология вещей*, М.: Изд. дом «Территория будущего»: 134-166.

Малиновский Б. (2004) *Избранное: Аргонавты западной части Тихого океана*, М.: РОССПЭН.

Мосс М. (2011) *Общества. Обмен. Личность. Труды по социальной антропологии*. А. Б. Гофман (ред.), М.: КДУ.

ПД — полевой дневник автора, пополнявшийся разного рода заметками из жизни клиники лечения бесплодия в 2010-2011 гг.

Приказ Минздрава России от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (зарегистрировано в Минюсте России 12.02.2013, № 27010).

Almeling R. (2011) *Sex Cells: The Medical Market for Eggs and Sperm*, Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

ASRM Ethics Committee report (2007) Financial compensation of oocyte donors. *Fertility and Sterility*, 88 (2): 305-309.

ESHRE Taskforce on Ethics and Law (2002) Gamete and embryo donation. *Human Reproduction* 17 (5): 1407-1408.

Directive 2004/23/EC of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 on setting standards of quality and safety for the donation, procurement, testing, processing, preservation, storage and distribution of human tissues and cells, Official Journal of the European Union, L 102/52.

Human Fertilisation and Embryology Act 1990, as amended: an illustrative text.

Bartlett E. T., Youngner S. J. (1988) Human Death and the Destruction of the Neocortex. Zaner R. M. (ed.) *Death: Beyond Whole-Brain Criteria*. Boston: Kluwer Academic: 199-216.

Cohen C. B. (1999) Selling bits and pieces of humans to make babies: The gift of the magi revisited. *Journal of Medical Philosophy*, 24 (3): 288-306.

Graeber D. (2012) Give it Away. *These Times* 24 (19)
(<http://inthesetimes.com/issue/24/19/graeber2419.html>).

Jensen A., Sharif H., Kjaer S. K. (2009) Use of fertility drugs and risk of uterine cancer: results from a large Danish population-based cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 170 (11): 1408-1414.

Kenney N. J., McGowan M. L. (2014) Egg donation compensation: ethical and legal challenges. *Medicolegal and Bioethics*, 4: 15-24.

Meisel A., Roth L. H., Lidz Ch. W. (1977) Toward a Model of the Legal Doctrine of Informed Consent. *American Journal of Psychiatry*, 134 (3): 285-289.

Nahman M. (2008) Nodes of Desire. Romanian Egg Sellers, 'Dignity' and Feminist Alliances in Transnational Ova Exchanges. *European Journal of Women's Studies*, 15 (2): 65-82.

Orobitz G., Salazar C. (2005) The Gift of Motherhood: Egg Donation in a Barcelona Infertility Clinic. *Ethnos*, 70 (1): 31-52.

Pennings G., de Mouzon J., Shenfield F. et al. (2014) Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries. *Human Reproduction*, 29 (5): 1076-1089.

Pfeffer N. (2011) Eggs-ploiting women: a critical feminist analysis of the different principles in transplant and fertility tourism. *Reproductive BioMedicine Online*, (23): 634-641.

Price F. (1999) Beyond Expectation: Clinical Practices and Clinical Concerns. J. Edwards, S. Franklin, E. Hirsch, F. Price, M. Strathern (eds). *Technologies of Procreation: Kinship in the Age of Assisted Conception*, London: Routledge.

Purewal S., van den Akker O. B. A. (2009) Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Human Reproduction Update*, 15 (5): 499-515.

Scheper-Hughes N. (2000) The Global Traffic in Human Organs, *Lancet*, (361): 1645-1648.

Shaw R. (2008) Rethinking Reproductive Gifts as Body Projects. *Sociology*, 42 (1): 11-28.

Titmus R. M. (1970) *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*, George Allen and Unwin Ltd.

Thompson C. (2007) Why we should, in fact, pay for egg donation. *Regenerative Medicine*, 2 (2): 203-209.

Waldby C., Cooper M. (2006) *The Biopolitics Of Reproduction: Post-Fordist Biotechnology and Women's Clinical Labour*, CBRG Working Papers, Working paper No. 15.

References

Almeling R. (2011) *Sex Cells: The Medical Market for Eggs and Sperm*, Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

ASRM Ethics Committee report (2007) Financial compensation of oocyte donors, *Fertility and Sterility*, 88 (2): 305-309.

Bartlett E. T., Youngner S. J. (1988) Human Death and the Destruction of the Neocortex. Zaner R. M. (ed.) *Death: Beyond Whole-Brain Criteria*. Boston: Kluwer Academic: 199-216.

Berdysheva E. S. (2012) Ot kritiki k analitike: kommodifikatsiia zhiznenno vazhnykh blag kak aktual'naia issledovatel'skaia problema v novoi ekonomicheskoi sotsiologii [From criticism to analytics: commodification of vital goods as a topical research problem in the new economic sociology], *Ekonomicheskaiia sotsiologiia*, 13 (1): 67-85.

Bourdieu P. (2001) *Prakticheskii smysl [Le sens pratique]*, SPb.: Aleteiia.

Cohen C. B. (1999) Selling bits and pieces of humans to make babies: The gift of the magi revisited. *Journal of Medical Philosophy*, 24 (3): 288-306.

Directive 2004/23/EC of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 on setting standards of quality and safety for the donation, procurement, testing, processing, preservation, storage and distribution of human tissues and cells, Official Journal of the European Union, L 102/52.

ESHRE Taskforce on Ethics and Law (2002) Gamete and embryo donation. *Human Reproduction*, 17 (5): 1407-1408.

Gofman A. B. (2011) *Sotsial'naia antropologiia Marselia Mossa [Social anthropology of Marcel Mauss]*. Mauss M. *Obshchestva. Obmen. Lichnost'*. Trudy p. sotsial'noi

antropologii, sost., per. s fp., predislovie, vstupit. stat'ia, kommentarii A. B. Gofmana, M.: KDU: 7-54.

Graeber D. (2012) Give it Away. *These Times*, 24 (19). (<http://inthesetimes.com/issue/24/19/graeber2419.html>).

Human Fertilisation and Embryology Act 1990, as amended: an illustrative text.

Isupova O. (2012) Reproktivnyi turizm: deti, tekhnologii i migratsiia [Reproductive tourism: children, technologies and migration], Demoskop Weekly 509-510 (<http://demoscope.ru/weekly/2012/0509/tema01.php>)

Jensen A., Sharif H., Kjaer S.K. (2009) Use of fertility drugs and risk of uterine cancer: results from a large Danish population-based cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 170 (11): 1408-1414.

Kenney N.J., McGowan M. L. (2014) Egg donation compensation: ethical and legal challenges. *Medicolegal and Bioethics*, 4: 15-24.

Kopytoff I. (2006) Kul'turnaia biografiia veshchei: tovarizatsiia kak protsess. V.S. Vakhshayn (red.) Sotsiologiia veshchei, M.: Izd. dom «Territoriia budushchego»: 134-166.

Malinowsky B. (2004) Izbrannoe: Argonavty zapadnoi chasti Tikhogo okeana [Selected works: Argonauts of the Western Pacific], M.: ROSSPEN.

Mauss M. (2011) Obshchestva. Obmen. Lichnost'. Trudy p. sotsial'noi antropologii [Mauss M. Societies. Exchange. Person. Works in social anthropology], sost. A. B. Gofman (red.), M.: KDU.

Meisel A., Roth L.H., Lidz Ch.W. (1977) Toward a Model of the Legal Doctrine of Informed Consent, *American Journal of Psychiatry*, 134 (3): 285-289.

Nahman M. (2008) Nodes of Desire. Romanian Egg Sellers, 'Dignity' and Feminist Alliances in Transnational Ova Exchanges. *European Journal of Women's Studies*, 15 (2): 65-82.

Orobitg G., Salazar C. (2005) The Gift of Motherhood: Egg Donation in a Barcelona Infertility Clinic. *Ethnos*, 70 (1): 31-52.

PD — Author's Fieldnotes, Moscow reproduction clinic, 2010-2011.

Pennings G., de Mouzon J., Shenfield F. et al. (2014) Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries. *Human Reproduction*, 29 (5): 1076-1089.

Pfeffer N. (2011) Eggs-ploiting women: a critical feminist analysis of the different principles in transplant and fertility tourism. *Reproductive BioMedicine Online*, (23): 634-641.

Price F. (1999) Beyond Expectation: Clinical Practices and Clinical Concerns. J. Edwards, S. Franklin, E. Hirsch, F. Price, M. Strathern (eds). *Technologies of Procreation: Kinship in the Age of Assisted Conception*, London: Routledge.

Prikaz Minzdrava Rossii ot 30.08.2012 №107n «O poriadke ispol'zovaniia vspomogatel'nykh reproductivnykh tekhnologii, protivopokazaniikh i ogranicheniikh k ikh primeneniui» [Order of the Ministry of Health of Russia as of 30.08.2012 №107n «On the order of use of assisted reproductive technologies, counter-

indications and limitations to their application»] (Zaregistrirovano v Miniuste Rossii 12.02.2013, № 27010).

Purewal S., van den Akker O. B. A. (2009) Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Human Reproduction Update*, 15 (5): 499-515.

Scheper-Hughes N. (2000) The Global Traffic in Human Organs. *Lancet*, (361): 1645-1648.

Shaw R. (2008) Rethinking Reproductive Gifts as Body Projects. *Sociology*, 42 (1): 11-28.

Thompson C. (2007) Why we should, in fact, pay for egg donation. *Regenerative Medicine*, 2 (2): 203-209.

Titmus R. M. (1970) *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*, George Allen and Unwin Ltd.

Waldby C., Cooper M. (2006) The Biopolitics of Reproduction: Post-Fordist Biotechnology and Women's Clinical Labour, CBRG Working Papers, Working paper No. 15.