
Полина Власенко

УПРАВЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ ПРЕКАРИЗАЦИЮ: ОПЫТ БЕСПЛОДНЫХ ТЕЛ В ЛЕЧЕНИИ МЕТОДОМ ЭКО В УКРАИНЕ

Несмотря на наличие значительного количества исследований, касающихся применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в разнообразных культурных и политических контекстах, подобным процессам в Украине исследователи не уделили достаточного внимания. Их анализ, однако, является необходимым из-за связанной с ними социальной и теоретической проблематики. Во-первых, молодой рынок ВРТ стремительно развивается, превращаясь в привлекательное направление трансграничной репродуктивной и медицинской миграции. Во-вторых, распространение вспомогательного оплодотворения бросает вызов общепринятым представлениям о роли природы и технологий в зачатии и деторождении. В-третьих, отсутствуют какие-либо исследования, анализирующие личный опыт женщин, страдающих от бесплодия и вовлеченных в гендерные дискурсивные практики ВРТ. Настоящая статья является попыткой ответить на вопрос, каким образом в дискурсах о вспомогательных репродуктивных технологиях конструируется субъектность бесплодных женщин, проходящих процедуру экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), а также какие типы властной рациональности обуславливают производство данных субъектностей.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, экстракорпоральное оплодотворение, биовласть, прекаризация

Введение

Вспомогательные репродуктивные технологии уже в течение тридцати лет представляют собой один из объектов феминистских исследований. Тем не менее, как утверждает Чэрис Томпсон (Charis Thompson), позиция феминисток в отношении репродуктивной медицины характеризуется определен-

Полина Власенко – аспирантка Факультета антропологии Университета Индианы (Блумингтон, США), исследовательница в Центре исследований общества (Киев, Украина). Электронная почта: polina.vlasenko@gmail.com

ной степенью амбивалентности. С одной стороны, феминистки признают, что бесплодие является причиной страданий многих женщин. С другой стороны, они критически относятся к роли ВРТ в лечении бесплодия. По их мнению, в силу того, что репродуктивные технологии рассчитаны в первую очередь на состоящие в браке белые пары среднего и высшего класса, их использование поддерживает превосходство нуклеарной гетеросексуальной семьи и усиливает стратификацию по гендерному, расовому и классовому признакам, а также по признаку состояния здоровья (Thompson 2002).

Критика подобного рода возникла на основании феминистских исследований, анализировавших, каким образом медиализация в сфере репродукции укрепляет мужское господство (Martin 1987). В 1970–1980-е гг. лечение бесплодия методом ВРТ было дорогим, малоэффективным и достаточно опасным, и по сути носило экспериментальный характер. На этом основании некоторые феминистки утверждали, что, способствуя усилению медицинского надзора и повышению уровня технологизации деторождения, лечение бесплодия подвергает женские тела особо интенсивному патриархальному контролю (Terry 1989). Если в этот период материнский инстинкт бесплодных женщин рассматривался как порождение патриархата, а использование ВРТ – как утверждение репродуктивной роли женщины, то в 1990-е гг., напротив, феминистские исследователи обратили внимание на опыт материнства как таковой, а также на то, каким образом «женщины и мужчины поддерживают или разрушают стереотипные представления о материнстве» (Thompson 2002: 66). В настоящее время многие исследователи фокусируются на том, каким образом бесплодные женщины и мужчины пытаются соответствовать культурным представлениям о нормальности и гендерной идентичности, воспроизводимым при помощи вспомогательных репродуктивных технологий, а также каким образом общепринятые представления о гендере и родстве изменяются из-за несоответствия реальным практикам (Becker 2000).

Большинство подобных исследований обсуждают развитие ВРТ в западных либеральных демократиях, но существует и ряд исследований, хотя и немногочисленных, посвященных репродуктивной политике пост-советских государств. Случай России освещается в статьях Ольги Бредниковой, Нади Нартовой и Ольги Ткач, рассматривающих государственное регулирование применения вспомогательных репродуктивных технологий и их культурное восприятие в обществе (Brednikova et al. 2009), а также в работах Мишель Ривкин-Фиш (Michele Rivkin-Fish) о репродуктивной политике и суррогатном материнстве (Rivkin-Fish 2013). ВРТ рассматривается как часть режима «обязательного материнства» в Беларуси Татьяной Щурко (Щурко 2012). Украина же остается «слепым пятном» на карте академической литературы, так как практически нет исследований, в которых бы анализировался опыт применения здесь ВРТ.

В то же время украинский репродуктивный рынок и «индустрия фертильности» продолжают расти. Сегодня в Украинскую ассоциацию репро-

дуктивной медицины входит 28 частных и 6 государственных клиник лечения бесплодия, открывшихся с 1991 г (Украинская ассоциация... 2014). Более того, Украина как одна из немногих стран в Европе, где разрешены коммерческое гестационное суррогатное материнство и донорство яйцеклеток, стремительно приобретает популярность среди пар, желающих зачать при помощи ВРТ, по всему миру, и может рассматриваться как важное место на карте репродуктивного туризма (Inhorn 2009; Blyth, Farrand 2005). Таким образом, пример Украины дает возможность исследовать неравномерность использования ВРТ в разнообразных локальных контекстах, расположенных в рамках глобальной политики гендерного, расового и классового неравенства (Ginsburg, Rapp 1995; Rapp 2011; Birenbaum-Carmeli, Inhorn 2009).

На государственном уровне в Украине «бесплодие» является одной из составляющих более широкого дискурса «национального демографического кризиса». Как политиками, так и медиками бесплодие рассматривается как проблема женщин, в то время, как мужской фактор бесплодия в целом исключается и замалчивается. По данным Министерства здравоохранения в 2013 г. было выявлено 58 277 случаев бесплодия, 78,2% из них – среди женщин, то есть среди 0,4% всего женского населения страны в возрасте от 15 до 49. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), приблизительный уровень первичного и вторичного бесплодия женщин, желающих иметь детей и подверженных риску беременности, в Украине практически вдвое выше, чем средний мировой показатель (Mascarenhas et al. 2012).

ВРТ выступают эффективным способом решения проблемы бесплодия как в государственном, так и в медицинском дискурсе. Однако число циклов ЭКО, проводимых ежегодно, все еще достаточно мало. Например, в 2012 г. в Украине было проведено 12511 циклов ЭКО, тогда как в стране проживает 11 312 334 женщин в возрасте от 15 до 49. Это обстоятельство частично объясняется тем фактом, что услуги ВРТ предоставляются преимущественно частными клиниками по лечению бесплодия. Следовательно, женщины со средним доходом и с доходом ниже среднего не могут позволить себе подобную процедуру. Единственный вид поддержки представлен государственной программой лечения ВРТ, в рамках которой женщины в возрасте от 19 до 40, которые страдают от отсутствия или непроходимости фаллопиевых труб могут предпринять первую попытку ЭКО за счет государства (Міністерство Охорони Здоров'я України 2005).

Несмотря на это, число бесплодных женщин, чьи тела «населяются» правительственными и медицинскими решениями в процессе прохождения через процедуру ЭКО, растет каждый год. В результате индустрия фертильности внесла вклад в дискурсы о «женском предназначении» и природе материнства в отношении национального долга и прироста населения. В этой статье я анализирую, каким образом разнообразные рациональности управления (rationalities of government) в дискурсах о ВРТ конструируют субъектности женщин, проходящих через процедуру ЭКО, и приводят их

к необходимости автономно проделывать работу по совершенствованию собственных тел – как бесплодных, так и фертильных. Для исследования разнообразных режимов субъективации (*modes of subjectivation*), я рассматриваю дискурсы трех главных акторов, вовлеченных в производство феномена ВРТ: государства, медиков и пациенток ЭКО.

Статья структурирована следующим образом: сначала определяются основные методы сбора данных, а также теоретические концепты, применяемые для их анализа. Затем предлагается анализ дискурсов государства, медиков и пациенток. Заключительное обсуждение представляет собой оценку важности результатов исследования, а также анализ основных вопросов, на которые должны будут ответить последующие исследования.

Методы получения информации

Чтобы проанализировать работу власти в дискурсе государства, я обратилась к официальным документам, регулирующим использование ВРТ в Украине. Для рассмотрения медицинского дискурса были проведены четыре интервью с директорами клиник по лечению бесплодия в Киеве и Харькове, проанализированы статьи акушеров-гинекологов «Украинского медицинского журнала» за 2005–2010 гг. Также были проведены десять интервью с женщинами, страдавшими от бесплодия и успешно прошедшими процедуру ЭКО, чтобы понять, каким образом они встраиваются в отношения власти, находят свое место в процессе лечения. На предварительной стадии исследования проведено шесть интервью с экспертами о репродуктивной политике в Украине и других пост-советских государствах.

Все информантки среди пациенток делали ЭКО между 2003 и 2010 гг., находясь в возрасте от 22 до 38 лет на момент процедуры. Они в своем большинстве относятся к одному классу, гендеру и сексуальной ориентации, а также часто имеют схожий семейный статус, что в значительной мере объясняется нацеленностью ВРТ в первую очередь на замужних гетеросексуальных женщин среднего и высшего класса. Таким образом, выборка не является репрезентативной в силу использования метода снежного кома, позволившего выбрать информанток только из одной социальной сети. Исследование такого рода не позволяет составить представление об опыте бесплодных мужчин, лесбиянок, мужчин и женщин из рабочего класса, а также тех, кто не страдает от бесплодия.

Фукианский подход к репродуктивным технологиям

Такие концепции как «биовласть» (*biopower*) или неолиберальное «искусство управления» (*neoliberal art of government*) широко применяются в феминистских исследованиях с целью продемонстрировать, каким образом манипулирование формами жизни в управлении бесплодием усиливает сте-

пень, с которой государство контролирует население, производя знания о его жизненных процессах, укрепляя силы своих субъектов и максимизируя их биологические жизни (Sawicki 1991; Pollock 2003; Sleeboom-Faulkner 2010).

Их также можно плодотворно использовать для изучения «рациональностей управления» (*rationalities of government*), действующих через дискурсы о репродуктивных технологиях и производящих субъектность бесплодных женщин в качестве прекарного пространства государственных и медицинских интервенций. С этой целью необходимо проанализировать две разновидности рациональности управления или технологии биовласти: «биополитику» (*biopolitics*), действующую в дискурсе государства, и «и «развитый либеральный управленитет» (*advanced liberal governmentality*), действующую через дискурс медиков. Мишель Фуко определяет «биополитику» как технологию, позволяющую государству управлять населением как глобальной массой, «подверженной общим процессам жизни, каковы рождение, смерть, воспроизводство, болезнь и т.д.» (Фуко 2005: 255), а также стремящуюся к «улучшению положения населения, увеличению его богатства, росту продолжительности жизни людей, заботы об их здоровье» (Фуко 2011: 158). Николас Роуз (Nicolas Rose) отталкивается от данной концепции, но утверждает, что современные технические и научные достижения вместе с неолиберальными изменениями в рациональности управления привели к сдвигу от биополитических механизмов нормализации в сторону технологий индивидуализации ответственности и автономизации. В «развитых либеральных» демократиях практики управления были «дезтатированы», то есть ряд регуляторных технологий, ранее выполнявшихся государством, был от него отделен (Rose, Miller 2008: 212–213). Более конкретно, ответственность за человеческую жизнь и здоровье была передана от государства квази-автономным неправительственным единицам и индивидам, которые теперь «должны сами управлять своими делами» (Rose 2007: 4) ради «максимизации версии своего собственного счастья и удовлетворения» (Rose, Miller 2008: 215). В Украине обе рациональности определяют режимы субъективации, которые приводят бесплодных женщин к продолжительной и непрерывной работе над биомедицинской оптимизацией своих бесплодных тел и управлению поведением таким образом, чтобы оно вписывалось в социальную норму материнства.

В свою очередь, явление «прекаризации» может помочь проанализировать, каким образом биовласть делает возможной субъективацию бесплодных женщин, прибегающих к ЭКО, через производство прекарных условий их репродукции. Джудит Батлер различает «прекарность» (*precariousness*) и «прекаритет» (*precarity*). Прекарность как «условие обусловленности», опирающееся на «восприятие тела как коренным образом зависимого от поддерживаемого и устойчивого мира, а также обусловленного им» (Butler 2009a: 23, 34), разделяется всеми людьми в равной мере. Люди физически уязвимы, зависимы от социальных условий, поддерживающих жизнь, и должны подчиняться социальным нормам, чтобы быть признанными обществом

и продолжать свое существование в качестве субъектов (Butler 2004: 45). Однако не все уязвимые жизни подвержены опасности и лишениям в одинаковой степени. Соответствие нормам интеллигибельности¹ обеспечивает жизни одних поддержкой властных структур и признанием их такими, о смерти которых будут скорбеть (Butler 2009b).

Жизни тех, чья субъектность не признается, более прекарны и обнажены перед насилием, трудностями и нуждой. Более того, прекращение этих жизней невозможно публично оплакивать, так как они так и не были прожиты (Butler 2009a: 54). Таким образом, термин «прекаритет» как «дифференцированное распределение признаваемости» (Butler 2009b) описывает «произведенное властью состояние, в рамках которого определенные группы населения страдают от неработающих социальных и экономических сетей поддержки и подвергаются травмам, насилию, смерти в неравной мере» (Butler 2009a: 25). Таким же образом биовласть производит прекарные условия репродукции для бесплодных женщин: она определяет рамки интеллигибельности, в соответствии с которыми только матери занимают легитимную позицию субъекта и поддерживаются как надлежащая норма, в то время как бесплодные женщины лишены возможности быть признанными и соответственно субъективироваться как бездетные.

Работа биовласти по созданию условий прекарной репродукции

Государство: биополитика материнства

Государственный дискурс о репродукции в Украине тесно связан с дискурсом о национальной безопасности. В стратегии демографического развития повышение уровня рождаемости заявлено как необходимое условие «национального развития и благополучия», а его снижение рассматривается как основная «угроза национальной безопасности» (Кабінет Міністрів України 2006). В результате женское репродуктивное здоровье и сексуальность становятся объектами биополитических стратегий государства, нацеленных на регулирование рождаемости.

Основная биополитическая технология, используемая государством для регулирования репродуктивных практик – это конструирование нормальности (Foucault 1998). В связи с этим государственный дискурс утверждает, что достижение высокого уровня рождаемости возможно путем восстановления

¹ Джудит Батлер использует концепцию культурной интеллигибельности (cultural intelligibility) для описания того, как нормативные представления о поле, гендере и расе обуславливают признание кого-либо легитимным субъектом, способным прожить жизнь, имеющую ценность для общества (livable life) (Butler 2004). В частности, она утверждает, что гендер является культурно интеллигибельным тогда, когда соответствует гетеросексуальной матрице (Butler 1990: 9).

«традиционных семейных ценностей», что означает закрепление права на репродукцию за полными гетеросексуальными семьями. Например, в государственной программе «Репродуктивное здоровье нации» на период до 2015 года утверждается, что одна из главных причин снижения уровня рождаемости и проблем в области репродуктивного здоровья – это «недостаток внимания к роли семьи и сохранению традиционной культуры отношений в семье как основного компонента общества» (Кабінет Міністрів України 2007).

В рамках государственного дискурса ответственность за репродукцию и деторождение возлагается на женщин, а деторождение часто позиционируется как естественное и основное женское предназначение. И единственным возможным режимом субъективации для женщин становится роль «матери». Таким образом, жизни бесплодных женщин превращаются в прекарные, если не в принципе невозможные.

В этом контексте ВРТ являются для государства одним из решений «проблемы» бесплодия, позволяющим мобилизовать демографический резерв бесплодных пар. Более того, коммерциализация ВРТ позволяет государству перенести ответственность за репродуктивное здоровье и лечение бесплодия на отдельных женщин и самоустраниться от решения данной проблемы. Эксперты, являвшиеся моими информантами, утверждали, что существует несоответствие между пронаталистским дискурсом основанным на «традиционных семейных ценностях» и реальной государственной политикой по борьбе с бесплодием. Это несоответствие проявляется в отсутствии внимания к социально-экономическим причинам бесплодия и недостаточной финансовой поддержке со стороны государства, процветающей коррупции, ограниченной доступности государственных медицинских учреждений, низком уровне компетентности медицинских работников (Информант 7).

Регулирование ВРТ – это пример государственной политики, поддерживающей и легитимирующей определенные «традиционные» конфигурации гендера, сексуальности и родства, и в то же время исключающей другие. Хотя правовое регулирование не содержит положений о запрете использования ВРТ фертильными или одиночными женщинами, лесбиянками, парами, не состоящими в официальном браке или разной сексуальной ориентации, подразумевается, что ВРТ должны в первую очередь применяться гетеросексуальными состоящими в браке парами среднего класса, страдающими от бесплодия. Украинское законодательство определяет родителей ребенка, родившегося в результате применения ВРТ, как «жену» и «мужа» или «пару, состоящую в браке (мужчину и женщину)» (Верховна Рада України 2002), и утверждает, что ЭКО и имплантация эмбрионов должны сопровождаться «письменным согласием супругов» (Верховна Рада України 1993).

В основе государственного дискурса в сфере ВРТ лежит биополитическая рациональность, которая стремится к увеличению уровня рождаемости через нормализацию материнства и пропаганду «традиционных семейных ценностей». В то же время, очевидно выдвигание «развитых либераль-

ных» рациональностей управления на первый план, в частности в том, что ответственность за репродуктивное здоровье перекладывается на конкретных женщин, а также в том, что их учат самостоятельно и добровольно управлять собственным поведением. В результате, целью биополитики становится, производство такой субъектности для женщин, чтобы они сами старались соответствовать социальной норме материнства и автономно работать над оптимизацией своих тел в соответствии с этой нормой.

Медицинские работники:

«развитый либеральный управленитет»

и конструирование «биологического гражданства»

Дискурс медиков в частных клиниках по лечению бесплодия артикулирует лечение бесплодия как вопрос потребительского выбора, который должен оставаться прерогативой автономных личностей. Респонденты подчеркивают свое желание заниматься собственными делами без вмешательства и контроля со стороны государства. Врачи объясняют успех ВРТ в Украине в первую очередь тем фактом, что они были коммерциализированы и существуют независимо от государственной системы здравоохранения:

Мы стараемся взять инициативу в свои руки, если законы и инструкции по применению ВРТ напишут наши глубокоуважаемые депутаты, на этом наши репродуктивные технологии закончатся (Информант 1).

Так как основная политическая рациональность в дискурсе медиков о ВРТ состоит в управлении через наделение правом выбора, при ее рассмотрении используется концепция «развитого либерального управленитета», позволяющая управлять «жизнью как таковой» и улучшать биологические жизни граждан посредством индивидуализации ответственности (Rose 2007: 3). Врачи воспринимают женщин, проходящих через процедуру ЭКО, либо в качестве независимых потребителей, либо в качестве клиентов, способных принимать решения свободно и независимо:

С пациентами нас связывают контрактные отношения. Они информированы об удачных и неудачных исходах использования программы. Такие отношения с пациентом более правильные, потому что пациент понимает за что он платит, что он вследствие этого получит, и выбор за ним (Информантка 2).

С другой стороны, они рассматриваются как пациентки с «больными» телами, о них высказываются как о «генетически дефективных матерях», «матерях со слабо реагирующими на стимуляцию яичниками» (Судома 2005a: 92), матерях с маткой, представляющей собой «враждебную среду для зародыша» (Мозгова 2005: 102), и матерях, «создающих проблемы для акушеров» (Судома 2005b: 99). Прикрепляя бесплодных женщин к несовершенным

телам, нуждающимся в постоянном уходе и улучшении и наделяя их полной ответственностью за свое лечение, технология «развитого либерального управленитета» ставит их в прекарную позицию, в которой их субъектность признается только в том случае, если они постоянно стремятся к совершенствованию своих тел, управлению ими и заботе о них. В результате пациентки начинают рассматривать свои тела как то, над чем необходимо постоянно работать, чтобы быть признанными легитимными членами общества. Таким образом, одним из результатов является производство биологического гражданства, которое заключается в самостоятельном управлении своим телом и здоровьем и формировании идентичности на основе своего биологического существования, а также предполагает право принадлежать к обществу и выдвигать требования как члена общества на основе своего биологического состояния (Rose, Novas 2005; Heath et al. 2007).

Отделение контролирующих функций от государства и продвижение идеи о необходимости полагаться на свои силы в рамках лечения бесплодия в Украине позволяет сравнить пост-социалистические практики управления с «развитыми либеральными аппаратами безопасности» (advanced liberal security apparatus) на Западе. Дискурс медиков реализует свою власть через конструирование таких женских субъектов, которые будут нести ответственность за собственное здоровье, стремиться к оптимизации своих тел с целью полноценного существования, понимаемого в биомедицинских терминах. Этот режим субъективации становится ключевым условием реализации себя как части социального целого. В условиях, когда биологическое становится основой принадлежности к обществу, взаимоотношения с властью определяются в терминах биологического гражданства.

Пациентки ЭКО: восстановление нормальности

Как государственная биополитика, так и «развитый либеральный управленитет» медиков приводят в действие рамки признания (frames of recognition), превращающие жизни бесплодных женщин в невозможные как не вписывающиеся в существующую субъектную позицию «матери». Материнство изображается как настолько важная часть гендерной идентичности, что многие информантки признавались в том, что испытывали депрессию, чувствовали беспомощность, страдали от ненависти к себе и ощущали нереализованную женственность в связи со своей неспособностью родить:

Я видела маленьких детей и понимала всю свою ущербность. Общественное мнение и установки у нас в стране такие, что обязательно надо выйти замуж и родить детей (Информантка 5).

Женщины также отмечают, что вне зависимости от настоящей причины бездетности их социальное окружение обвиняло их и возлагало на них ответственность. Одна информантка упоминает, что после того, как у нее была первая эктопическая беременность, и она находилась в стрессовом

состоянии из-за этого, ее родственники, особенно свекровь, начали спрашивать, почему она не беременеет во второй раз и почему она ничего не предпринимает на этот счет (Информантка 3). Помимо принуждения к материнству со стороны окружающих одна из информанток рассказывает, что она не могла ни с кем поговорить о своем бесплодии, потому что сталкивалась с осуждением со стороны близких друзей и родных, которые считали, что она ведет неправильный образ жизни (Информантка 6).

Бесплодным женщинам отказано в интеллигентной субъектности как бездетным, вместо этого их постоянно призывают к борьбе с собственным бесплодием, в частности, с помощью ЭКО. В результате они принимают единственную доступную им субъектность матери, чтобы преодолеть собственный прекаритет, производимый недостатком признания, а также чтобы интегрироваться в те властные структуры, которые сделали бы их жизнь не только безопасной, но и стабильной. Они демонстрируют преувеличенные гендерные атрибуты, пытаясь изо всех сил соответствовать социальным представлениям об ответственных матерях и заботливых женах. Они ожидают, что их бескомпромиссная и утомительная борьба покажет, что именно они наиболее соответствуют норме и являются идеальными кандидатками на позицию матери (Thompson 2002: 65).

Я жила ради этого, я все делала для этого. Я каждую минутку, каждой своей клеточкой – думала, мечтала, стремилась. На ЭКО идут люди, у которых есть проблемы, но которые хотят детей, они собирают деньги, они берут деньги в кредит. Они все хорошие, отзывчивые, доброжелательные, замечательные все мамы, не знаю почему их так бог обделил и не дал им самим забеременеть. Понятно, что алкоголичка какая-то не пойдет на ЭКО, она будет рожать второго, третьего (Информантка 4).

Однако даже беременные тела ранее бесплодных женщин продолжают стигматизироваться как в медицинских учреждениях, так и за их пределами. Такая беременность рассматривается как «менее стабильная» и «менее безопасная», чем беременность «естественная». Информантки, скрывающие тот факт, что они прошли через процедуру ЭКО, связывали ее с «чувством стыда», «предвзятым отношением и непониманием», «ярлыком искусственных детей»:

Ну в принципе, насколько я знаю, не все могут об этом говорить. Мы, по крайней мере, это ото всех близких, друзей, скрываем, потому что тут в обычную поликлинику пойдешь, там разговоры начинаются: медсестры некоторые начинают говорить, что лучше завести собаку, чем такого ребенка. Наш социум до этого еще мозгами не дорос (Информантка 6).

Помимо того, что с ними обращались иначе, чем с другими пациентками, в связи с использованием ЭКО, информантки также утверждают, что акушеры рассматривали их беременность как «проблематичную», так как многие женщины были старше 30 лет и в основном имели многоплодную беременность. Одна из информанток раскрывает целую систему норм, касающихся

возраста будущей матери, количества детей, метода оплодотворения, в соответствии с которой ЭКО-беременность не считается «нормальной»:

ЭКО – это очень плохо, потому что у нас к этому такое отношение, что ты как изгой, это очень страшно. ЭКО – это все сразу: кесарево, старородящая, двойня. Некоторые говорят что эти дети ненормальные (Информантка 5).

В связи с тем, что бесплодным женщинам не удается вписаться в гендерные нормы, они становятся жертвами своего нестабильного положения и связанных с ним опасностей, и социальные условия, от которых они зависят, становятся крайне неустойчивыми. Тот факт, что их тела не всегда могут зачать и выносить ребенка, а вместо этого кровоточат, болят, сопротивляются и разочаровывают, ставит под вопрос их способность контролировать собственную жизнь и полагаться на свое тело как здоровое и функционирующее:

Мне всегда было очень тяжело, потому что каждый месяц, когда начинались месячные, было непросто смириться. Может быть, можно пустить все на самотек и думать, ну, не получилось в этот раз, может получится в следующий. Я не знаю. Я всегда очень болезненно это воспринимала (Информантка 4).

Осознав ограниченность знаний о собственном организме, его уязвимость и неидеальность, они начинают сомневаться в самом существовании нормального здорового тела и рассматривают репродукцию как прерываемый и хрупкий процесс, сопровождающийся выкидышами, внематочными беременностями и преждевременными родами.

Следующее прекарное условие производится из-за отсутствия какой-либо социальной поддержки бесплодных женщин. Многие мои респонденты относились с большим недоверием как к государственным, так и к частным медицинским учреждениям, и не могли положиться на экспертное мнение медиков как надежное и достоверное. Мои информантки нередко оказывались в ситуации, когда испытывали сомнения в компетентности медиков. Более того, женщины выражали осведомленность в том, что доктора хотят заработать на их случаях. В конце концов, несмотря на обращение за помощью к врачам, мои информантки все равно стремились получить контроль над собственной жизнью и избавиться от своей уязвимости самостоятельно:

В нашей стране все хотят заработать на тебе деньги. То есть особенно после неудачи врачи говорят: да мы не знаем, а давайте вы сдадите эти анализы, пройдет эти процедуры, а мы проверим это. Уже сейчас после нескольких попыток, я умею разбираться в анализах, видеть всю картину происходящего. А первые разы ты как валенок идешь, понимаешь, что тебя разводят, но не можешь понять в чем именно. Когда я была беременна, я пришла вставать на учет в обычную женскую консультацию по месту жительства, а мне говорят: «ЭКО? Я за Вас не возьмусь, я не знаю, что мне с Вами делать». Я к заведующей, а заведующая мне таким тоном: «Пусть идет туда, где она забеременела, неизвестно выживет ли это» (Информантка 6).

Что касается государственной программы, почти все мои информантки критиковали ее за низкое число циклов, широкую распространенность коррумпции и множество бюрократических препятствий на пути кандидатов к лечению. Недостаточная поддержка со стороны государства приобретала особенно важное значение в контексте отсутствия необходимых финансовых ресурсов у моих информанток, которым часто приходилось «тратить всю зарплату на ЭКО», брать кредит в банке или одалживать деньги на прохождение процедуры. Таким образом, коммерциализация практически всей сферы ВРТ вызывает стратификацию репродукции по классу, а также увеличивает роль класса в определении того, кто имеет право на рождение ребенка.

В практиках применения ЭКО женщины справляются с осознанием собственной телесной уязвимости, неуверенностью в компетентности и честности медперсонала и финансовой нестабильностью, путем адаптации ответственной и автономной субъективности биологических граждан и установления информированных отношений со своим телом благодаря самообразованию и самолечению.

В контексте исследования важно обсудить, каким образом биологическое в нас, понимаемое в биомедицинских терминах, превращается в нас самих, становится тем, что определяет наши надежды и ожидания, недовольство и беспокойство. Для моих информанток знание и забота о своих несовершенных телах стали важнейшим элементом реанимации своей гендерной идентичности. Они научились справляться с прекарными условиями своего непризнания как бесплодных женщин через инкорпорирование практик самоуправления и получение знаний о лекарствах и процедурах, необходимых для автономного лечения.

Прекарное положение бесплодных женщин позволяет биовласти формировать их субъективности, иными словами их прекаритет становится нормой, через которую власть получает возможность ими управлять. Таким образом, «прекаризация во время неолиберализма более не рассматривается как феномен «исключенности», а, наоборот, находится в самом центре процесса нормализации, что позволяет управлять через небезопасность (insecurity)» (Lorey 2011).

Большинство женщин, с которыми я беседовала, шли на процедуру без четкого понимания того, что им ожидать от своего тела. Они никогда ранее не сталкивались со своим телом в подобной ситуации, и следовательно, не знали, как понимать его и как с ним обращаться. Им не доставало как знаний о топографии собственного тела, как и медицинских знаний, необходимых для понимания причин происходящих с ними телесных процессов и изменений. В результате, они ощущали недостаток контроля над ситуацией, беспомощность и незащищенность перед медицинским персоналом.

Чтобы обрести контроль над ситуацией, мои информантки занялись исследованием собственного тела, пытались разобраться в деталях медицинского лечения, начали делиться информацией друг с другом на онлайн форумах,

оценивать адекватность поставленного им диагноза и назначенного лечения, тщательнее выбирать врачей и клиники. Они адаптировались к этике активных биологических граждан и сознательных потребителей, которые занимаются «самообразованием», отыскивая информацию в Интернете и борясь с монополией медицинского персонала на знание о своих телах (Rose 2007: 22). Как автономные и самоуправляющиеся индивиды они модифицировали выписанные им рецепты и решали, какое лечение наиболее подходящее:

Я не просто сидела и слушала в консультации, я сама много читала, я Интернет перерыла весь, я читала и скачивала диссертации, распечатывала, покупала книги. Когда я приходила к врачу, она смеялась: «Какую диссертацию будем обсуждать сегодня?» Я сама себе контролировала и эстроген, и прогестерон. То есть я ходила в эту лабораторию как на работу. Меня там уже все девочки знали, потому что я приходила ХГЧ контролировать через каждые два дня. Потом я сама себе назначила схему. Тоже где-то вычитала в Интернете. Я когда врачу принесла этот список, она на меня смотрит и говорит: «Боже, как ты это все выдержишь?» (Информантка 4).

Таким образом, субъектности моих информанток производятся биополитикой и техниками «развитого либерального управленитета», активными в самоуправлении и преодолении препятствий на пути к самореализации в рамках ответственного материнства. Бесплодные женщины видят в «материнстве», а также в разумных и заботливых отношениях со своим (не) фертильным телом, единственный способ восстановления себя в статусе интеллигентных субъектов и управления прекаритетом, производимым государственным дискурсом и медицинским лечением. Такие послушные биологические граждане, произведенные в результате прекарной репродукции, позволяют государству снять с себя ответственность за здоровье населения, в то же время не отказываясь от достижения своих биополитических целей.

Заключение

Данная статья посвящена рассмотрению действия биовласти в управлении репродуктивными практиками населения в Украине через дискурсивное производство женских субъектов, способных свободно работать над улучшением своих бесплодных тел в соответствии с биомедицинскими и социальными представлениями о норме. Анализ субъективации женщин, прошедших через процедуру ЭКО, в данном контексте, важен по той причине, что Украина как постсоциалистическая страна предоставляет исследователям возможность изучить, какие рациональности управления обуславливают развитие новых репродуктивных технологий в рамках политических систем, отличающихся от «развитых либеральных демократий». В частности представленный в статье анализ демонстрирует, что в сфере биомеди-

цинских технологий и репродуктивного здоровья в Украине действие власти не основывается на одной технологии управления, реализуемой в своем «чистом» виде, а скорее всегда выступает как сплетение разных рациональностей и техник. В дискурсах о ВРТ биополитическая рациональность управления переплетается с «развитым либеральным управленитетом», а техники нормализации сочетаются с техниками индивидуализации ответственности. Вместе они производят режимы субъективации «матерей» и «биологических граждан» для бесплодных женщин, проходящих через процедуру ЭКО. Более того, данная статья освещает важную роль, которую в действиях биовласти играют механизмы прекаризации. Так прекаризация условий репродукции бесплодных женщин через исключение возможности их субъективации как бездетных способствует усилению их конформности установленным властью субъектностям.

Однако управление через свободу и прекарность приводит к неоднозначным последствиям. Можно утверждать, что оно также помогает бесплодным женщинам открыть способность к агентивности (agency) в практиках заботы о себе. Таким образом, в рамках последующих исследований в данной сфере следовало бы обратить внимание на то, как женщины, проходящие через процедуру ЭКО, не только воспроизводят существующую норму, но также осознают ее хрупкость и недостигаемость. Благодаря опыту бесплодия мои информантки осознали свою неспособность нести ответственность за свои уязвимые тела, что дало им возможность понять и принять прекарность других женщин, чьи тела также не соответствуют общепринятым представлениям о норме. Так прекарные условия бесплодия позволяют женщинам быть солидарными с теми, чьи идентичности находятся в опасности непризнания, и строить коалиции на основании разделяемой уязвимости. Дальнейшее изучение возможностей агентивности (agency) и построения коалиций на основании общечеловеческой уязвимости – важнейшее условие объединения с окружающими с целью достижения политических целей, таких как минимизация женского прекаритета в сфере репродукции и общественного здоровья в Украине.

Список информантов

Информант 1 – мужчина, директор частной клиники по лечению бесплодия, акушер-гинеколог, опыт работы в сфере ВРТ – 16 лет (Харьков, Украина).

Информантка 2 – женщина, директор частной клиники по лечению бесплодия, опыт работы в сфере ВРТ – 6 лет (Киев, Украина).

Информантка 3 – женщина, пациентка ЭКО, преподаватель экономики в университете, замужем, начала лечение ЭКО в 2007 г., родила после ЭКО в 2007 г., два цикла, из них один успешный цикл, шесть подсаженных эмбрионов и четыре имплантировавшихся эмбриона в успешном цикле, два ребенка после ЭКО (Полтава, Украина).

Информантка 4 – женщина, пациентка ЭКО, 40 лет, секретарь, замужем, начала лечение ЭКО в 2006 г., родила ребенка от ЭКО в 2012 г., одиннадцать циклов,

из них один успешный цикл, шесть подсаженных эмбрионов и два имплантировавшихся эмбриона в успешном цикле, два ребенка от ЭКО (Киев, Украина).

Информантка 5 – женщина, пациентка ЭКО, 39 лет, преподаватель медицины в университете, замужем, начала лечение ЭКО в 2008 г., родила ребенка от ЭКО в 2008 г., один успешный цикл, два подсаженных и имплантировавшихся эмбриона, три ребенка, из них два ребенка от ЭКО (Киев, Украина).

Информантка 6 – женщина, пациентка ЭКО, 32 года, безработная, замужем, начала лечение ЭКО в 2008 г., родила ребенка от ЭКО в 2010 г., три цикла, из них один успешный цикл, три подсаженных эмбриона и один имплантировавшийся эмбрион в успешном цикле, один ребенок от ЭКО (Киев, Украина).

Информантка 7 – женщина, кандидат социологических наук, преподаватель в КНУ им. Шевченко (Киев, Украина).

Список источников

Верховна Рада України. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992, № 2801-ХІІ // *Відомості Верховної Ради України*. 1993. (4): 19.

Верховна Рада України. Сімейний кодекс України Від 10.01.2002, № 2947-ІІІ // *Відомості Верховної Ради України*. 2002. (21–22): 135.

Кабінет міністрів України. Постанова від 27.12.2006, № 1849 Про затвердження державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року // *Офіційний вісник України*. 2007. (1): 129.

Кабінет міністрів України. Постанова від 24.06.2006, № 879 «Про затвердження стратегії демографічного розвитку в період до 2015 року» // *Офіційний вісник України*. 2006. (26): 161.

Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 29.11.2004, № 579 «Про затвердження порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти» // *Офіційний вісник України*. 2005. (7).

Мозгова О. Комплексна діагностика ризику та попередження загрози переривання вагітності у жінок після екстракорпорального запліднення // *Український медичний часопис*. 2005. 2 (46): 102–109.

Судомо І. Синдром слабкої відповіді яєчників у циклах екстракорпорального запліднення // *Український медичний часопис*. 2005а. 2 (46): 92–101.

Судомо І. Частота та етіологічні фактори ектопічної та гетеротопічної вагітності після програм екстракорпорального запліднення // *Український медичний часопис*. 2005б. 4 (48): 99–104.

Українська асоціація репродуктивної медицини (УАРМ). 2014. Учасники Асоціації // <http://www.uarm.org.ua/pro-asotsiatsiyu/uchasniki-asotsiatsiji.htm> (дата обращения: 02.06. 2014).

Фуко М. *Безопасность, территория, население. Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1977–1978 учебном году*. Спб.: Наука, 2011.

Фуко М. *Нужно защищать общество. Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1975–1976 учебном году*. Спб.: Наука, 2005.

Щурко Т. Обязательное материнство: репродуктивное тело женщин как объект государственного регулирования // *Laboratorium*. 2012. (2): 69–90.

Becker G. *The Elusive Embryo: How Women And Men Approach New Reproductive Technologies*. Berkeley, Los Angeles, London: University Of California Press, 2000.

Birenbaum-Carmeli D., Inhorn M. C. (eds.) *Assisting Reproduction, Testing Genes: Global Encounters With New Biotechnologies*. New York, Oxford: Berghahn Books, 2009.

Blyth E., Farrand A. Reproductive Tourism – A Price Worth Paying For Reproductive Autonomy // *Critical Social Policy*. 2005. (25): 91–114.

- Brednikova O., Nartova N., Tkach O. Assisted Reproduction In Russia: Legal Regulations And Public Debates // W. Jong, O. Tkach (eds.) *Making Bodies, Persons And Families: Normalizing Reproductive Technologies In Russia, Switzerland And Germany*. Zurich, Derlin: LIT, 2009: 43–55.
- Butler J. *Gender Trouble: Feminism And The Subversion Of Identity*. London, New York: Routledge, 1990.
- Butler J. *Precarious Life: The Powers Of Mourning And Violence*. London, New York: Verso, 2004.
- Butler J. *Frames Of War: When Is Life Grievable?* London, New York: Verso, 2009a.
- Butler J. Performativity, Precarity And Sexual Politics. Lecture given at Universidad Complutense de Madrid // *Revista De Antropología Iberoamericana*. 2009b. 4 (3): i–xiii.
- Foucault M. *The History Of Sexuality. Vol. 1: The Will To Knowledge*. London: Penguin Books, 1998.
- Ginsburg F., Rapp R. (eds.) *Conceiving The New World Order: The Global Politics Of Reproduction*. Berkeley: University Of California Press, 1995.
- Heath D., Rapp R., Taussig K. Genetic Citizenship // D. Nugent, J. Vincent (eds.) *A Companion To The Anthropology Of Politics*. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell Publishing, 2007: 152–167.
- Inhorn M. C. Rethinking Reproductive Tourism As Reproductive Exile // *Fertility And Sterility*. 2009. (92): 904–906.
- Lorey I. Governmental Precarization // *eipcp multilingual webjournal* // <http://eipcp.net/transversal/0811/lorey/en> (дата обращения: 02.06. 2014).
- Martin E. *The Woman In The Body: A Cultural Analysis Of Reproduction*. Boston: Beacon Press, 1987.
- Mascarenhas M. N., Flaxman S. R., Boerma T., Vanderpoel S., et al. National, Regional, And Global Trends In Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis Of 277 Health Surveys // *PLoS Med*. 2012. 9 (12): 1–12.
- Miller P., Rose, N. *Governing The Present: Administering Economic, Social And Personal Life*. Cambridge, Malden: Polity Press, 2008.
- Pollock A. Complicating Power In High-Tech Reproduction: Narratives Of Anonymous Paid Egg Donors // *Journal Of Medical Humanities*. 2003. 24 (3/4): 241–263.
- Rapp R. Reproductive Entanglements: Body, State, And Culture In The Dys/Regulation Of Childbearing // *Social Research*. 2011. 78 (3): 693–719.
- Rivkin-Fish M. Feminist Strategies For Russian Reproductive Politics: Abortion, Surrogate Motherhood, And Family Support After Socialism // *Signs*. 2013. 38 (3): 569–593.
- Rose N., Novas C. Biological Citizenship // A. Ong, S.J. Collier (eds.) *Global Assemblages: Technology, Politics, And Ethics As Anthropological Problems*. Oxford, UK: Blackwell, 2005: 439–463.
- Rose N. *The Politics Of Life Itself: Biomedicine, Power, And Subjectivity In The Twenty-First Century*. Princeton, Oxford: Princeton University Press, 2007.
- Sawicki J. *Disciplining Foucault: Feminism, Power, And The Body*. London: Routledge, 1991.
- Sleeboom-Faulkner M. Reproductive Technologies And The Quality Of Offspring In Asia: Reproductive Pioneering And Moral Pragmatism? // *Culture, Health & Sexuality*. 2010. 12 (2): 139–152.
- Terry J. The Body Invaded: Medical Surveillance Of Women As Reproducers // *Socialist Review*. 1989. (19): 13–43.
- Thompson C. Fertile Ground: Feminists Theorize Infertility // M. C. Inhorn, F. V. Balen (eds.) *Infertility Around The Globe: New Thinking On Childlessness, Gender And Reproductive Technologies*. Berkeley, Los Angeles, London: University Of California Press, 2002: 52–78.