

Водночас надзвичайно поширеним є структурний підхід, зіпертий на визначенні сімейного неблагополуччя за критерієм складу сім'ї. Приміром, російські соціологи Анатолій Антонов і Віктор Медков розглядають сім'ю як єдність шлюбності, батьківства та спорідненості, а «неповні сім'ї» – як уламкові утворення (або сімейні групи), тобто структури, що виникли внаслідок розпаду «повної сім'ї» з дітьми [Антонов, Медков, 1996: 65]. За такого підходу «неповні», а де-факто здебільшого материнські, сім'ї за умовчанням вважаються дисфункційними, а діти з таких сімей – належними до групи ризику, схильної до девіацій, делінквентних наставлень, асоціальної поведінки тощо.

Загалом стале означення «неповна» стигматизує сім'ю, вказуючи на її буцімто *неповноцінність*. В європейській соціології та демографії від 1980-х років упроваджено альтернативний термін «монобатьківська сім'я», щоб уникнути амбівалентності й некоректності оцінних категорій «неповна сім'я», «роздроблена сім'я», «неповноцінна сім'я» [Ивер-Жалю, 1991]. Деякі авторки й автори україно- та російськомовних праць теж говорять про монобатьківські сім'ї [Бугрова, 1999; Заякина, 2003; Цыглокова, 2005; Ярская-Смирнова, Романов, 2004], але загалом в Україні цей термін лишається маловідомим і малозастосовуваним, за небагатьма винятками [Коломієць, 2009; Стрельник, 2012b].

2.2.4. Материнство поза єдністю біологічного та соціального

Одним із наслідків другого демографічного переходу є плюралізація моделей і форм сім'ї. Крім поширеного в соціальних науках і повсякденних дискурсах розподілу на так звані «повні» та «неповні» сім'ї, дослідники пропонують складнішу типологію сучасних типів сімейної структури. Наталья Панкратова класифікує сім'ї за «комплектністю батьків» і наявністю між ними біологічного/соціального зв'язку (за Гурко) й виділяє три групи типів сімей [Панкратова, 2006].

Першому типу батьківства властиве поєднання біологічного та соціального батьківства в «повних» або монобатьківських сім'ях. Є кілька підгруп «повних сімей». До *першої підгрупи* належать сім'ї, утворені в результаті першого шлюбу батьків: у таких сім'ях і мати, й батько мають із дитиною біологічний (генетичний) зв'язок і виконують стосовно неї соціальні батьківські функції. До *другої підгрупи* належать бінуклеарні сім'ї, тобто сім'ї розлучених батьків. Розлучення розриває подружні стосунки,

не завжди – батьківсько-дитячі: колишні дружина та чоловік можуть продовжувати спілкуватися одне з одним і з дітьми. До *третьої підгрупи «усиновлених»* сімей належать зведені сім'ї – ті, в яких дружина або чоловік уже мали дитину до укладання цього шлюбу. *Монобатьківські сім'ї* поділяються на материнські та батьківські, а також на утворені через народження й виховання дитини поза шлюбом або після розлучення (овдовіння). *Другий тип батьківства* – соціальний – властивий сім'ям з усиновленням дітьми, прийомним сім'ям і дитячим будинкам сімейного типу. Також його здійснюють державні інтернатні заклади (квазібатьківство) стосовно дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування. *Третій тип батьківства* – біологічний, як-от у випадках відмови матері чи батька від дитини та сурогатного материнства.

Нині можна говорити про утворення складніших типів батьківства, передусім завдяки розвитку біотехнологій і репродуктивної медицини. В січні 2017 року було повідомлено про те, що в Україні вперше народилася дитина від трьох генетичних батьків. Технологія була такою: спершу сперматозоїдами батька запліднили дві яйцеклітини – матері й донорки; потім із заплідненої материнської яйцеклітини вилучили ядро, в якому міститься генетична інформація обох батьків; це ядро вживили в яйцеклітину донорки на заміну оригінальному¹⁸.

У сучасній медицині застосовують кілька методів біотехнологічного підтримання запліднення, тобто допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ): екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ, «зачаття в пробірці»), використання донорських статевих клітин, кріоконсервація (заморожування ембріонів для використання їх у майбутньому), а також програми сурогатного материнства. Важить питання про соціокультурне значення цих технологій у творенні нових конфігурацій біологічного та соціального в материнстві. Йдеться, зокрема, про проблематизацію біологічної (генетичної) спорідненості як основи батьківства в разі донорства генетичного матеріалу чи сурогатного материнства. Мерилін Стратерн, пробуваючи аналітично означити новий тип спорідненості за участі біомедицини, пропонує концепцію *дисперсної спорідненості* між подружньою парою (чи індивідом), донором і/або сурогатною матір'ю [цит. за Ткач, 2013: 52]. Ольга Ісупова вирізняє вісім комбінацій ступеня генетичної спорідненості користувачів ДРТ та їхніх дітей за критеріями жіночого генетичного

¹⁸ «Уперше в Україні народилася дитина від трьох батьків», *Українська правда. Життя*, 17 січня 2017, <https://life.pravda.com.ua/health/2017/01/17/222161>.

матеріалу, чоловічого генетичного матеріалу й «інкубатора» для виношування дитини [Исупова, 2011].

Феномен сурогатного материнства, як зазначають дослідники, повертає розуміння материнства як такого. До того, як з'явилися біотехнології запліднення, материнство трактували як уніфікований досвід, що, на відміну від батьківства, поєднує біологічні та соціальні аспекти. Сурогатне материнство відокремлює материнство від вагітності, в такий спосіб фрагментуючи його. Елен Рагоне в цьому контексті вирізняє три категорії матерів: біологічна мати, яка є доноркою яйцеклітини; гестаційна мати, яка вагітніє й виношує дитину, не маючи з нею біологічної спорідненості; соціальна мати, яка виховує дитину [цит. за Ткач, 2013].

Не заглиблюючись в аналіз активних суспільних дискусій щодо нових репродуктивних технологій, відзначу, що дискурс ДРТ є негомогенним і балансує між стратегіями патологізації та нормалізації. Скажімо, в релігійній, зокрема православній¹⁹, і загалом у консервативній риториці ДРТ потрактовано як загрозові. Передусім тут ідеться про долю незатребуваних ембріонів і питання так званої селективної «редукції»²⁰, а також про негативний вплив цих технологій на моральні основи сім'ї через розділення біологічного (генетичного) та соціального батьківства в разі використання донорського матеріалу. Особливо різко засуджують програму сурогатного материнства, навіть некомерційного, як таку, що нібито руйнує глибокий емоційний і духовний зв'язок між матір'ю та немовлям²¹.

У повсякденних дискурсах використання ДРТ, зокрема послуги сурогатних матерів, часом трактують як забаганку заможних і гіршу альтернативу всиновленню чи вдовчарінню²². Водночас інші дискурси нормалізують використання біотехнологій запліднення. Ольга Ткач, провівши дискурс-аналіз матеріалів російських друкованих часописів, виявила одну зі стратегій нормалізації в суспільному дискурсі: це описи життєвих історій соціально відповідальних подружніх пар, готових розв'язувати пробле-

¹⁹ Позиції різних релігій щодо ДРТ відрізняються. Найбільше ці технології толерує юдаїзм.

²⁰ Ідеться про те, що під час процедури ЕКЗ у матку «підсаджують» кілька ембріонів, щоб підвищити шанси збереження вагітності. Процедура редукції передбачає видалення одного чи кількох ембріонів, адже багатоплідна вагітність може загрожувати здоров'ю жінки та виношуванню.

²¹ «ЭКО: дискуссия продолжается?», *Православие и мир*, 21 июня 2010. – www.pravmir.ru/ekopora-menyat-vzglyad-cerkvиеko-diskussiya-prodolzhaetsya.

²² Див., наприклад, обговорення на батьківському форумі Полтави: <http://mama.pl.ua/index.php?showtopic=39&page=1>.

у бездітності за всяку ціну і здатних пройти довгий і складний шлях до батьківства [Ткач, 2013].

2.2.5. Материнство, допоміжні репродуктивні технології, ринок

Безпліддя, вагітність, пологи та піклування про дітей є надзвичайно драстичними темами, що створює сприятливий ґрунт для маркетинга (або комодифікації) материнства. Суспільство споживання передбачає експансію споживання на доти неспоживчі сфери: спорт, зовнішню привабливість, мистецтво, освіту, здоров'я. Частини тіла та сексуальні стосунки перетворюються на товари, тобто комодифікуються. Комодифікацію означають як системний процес уречевлення й екстраполяції споживчого механізму на доти неринкові царини або перетворення благ, що їх раніше не сприймали як товари, на комерційні блага, які можна обмінювати на ринку [Овруцкий, 2011: 129; Гопкало, 2006: 30].

Феномен комодифікації буває суперечливим: презентація продукту на ринку може наразитися на наявні соціокультурні уявлення про те, які блага в суспільстві можна поширювати через ринок, а які – в жодному разі не варто. Дослідники проблематизують ці суперечності на прикладі комодифікації життєво важливих благ [Бердышева, 2012а: 72]. Категорією особливо вразливих у цьому сенсі благ є тілесні товари для підтримання та продовження життя: органи, репродуктивні клітини, кров, послуги сурогатних матерів; блага, пов'язані з дітьми та сексуальною близькістю, різні послуги в економіці піклування [Бердышева, 2012b: 91–92].

Споживчі практики охоплюють чи не всі стадії репродуктивного циклу. Як зазначено вище, сучасний тип репродуктивної поведінки передбачає рефлексованість і спланованість народження дитини. В медичному дискурсі «планування вагітності» пов'язане переважно з медикалізованою підготовкою вагітності (вживання вітамінів, здоровий спосіб життя, медичні обстеження) [Тёмкина, 2013: 13]. Фармацевтична галузь відповідає на соціокультурні та медичні запити, пропонуючи спеціальні вітамінні комплекси для жінок, які планують вагітність. В Україні споживчий ринок для вагітних пропонує широкий вибір послуг комерційних центрів із психологічного та фізичного підготування до пологів і батьківства. Комерціалізованими стають і пологи: через формальні (офіційні) платежі в приватних і державних пологових будинках, через неформальні (приховані) платежі [Бредникова, 2009]. Суми офіційних платежів

за пологи в Україні («благодійних внесків», доплат за комфортну па~~льну~~ тощо) обчислити важко: вони варіюють залежно від регіону, статусу ~~жінки~~ ніки тощо²³.

Особливий розгалужений ринок наповнюють послуги центрів репр~~о~~дуктивної медицини. Український репродуктивний ринок, або, як його ~~на~~зиває Поліна Власенко, «індустрія фертильності», стрімко зростає [В~~л~~асенко, 2014: 442]. Послуги із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій тут є переважно комерціалізованими. Станом на початок 2012 року в Україні діяли 34 клініки репродуктивної медицини, з них 6 – державні [Юзько О. , Юзько Т. , 2012: 27]. На початку 2015 року мінімальна ціна одного циклу з використанням ДРТ (зокрема запліднення in vitro) в комерційних клініках становила 20 тисяч гривень. Однак лише в 30–40% випадків перший цикл завершується вагітністю та народженням дитини. Наприклад, 2010 року в українських клініках репродуктивної медицини було розпочато 11 144 циклів ДРТ, а частка вагітностей на кожні сто циклів становила 37,4% [там само: 26]. Найчастіше потрібні 3–4 спроби, і то кожному слід повністю оплатити незалежно від результату.

Державна програма репродуктивної медицини в Україні лишається нерозвиненою: на перший цикл запліднення з використанням ДРТ бюджетним коштом мають право тільки жінки з абсолютними показаннями, як-от відсутність або повна непрохідність маткових труб²⁴. У дослідженні Поліни Власенко майже всі інформантки – клієнтки клінік репродуктивної медицини закидали українській державній програмі малу кількість циклів, корупційність і бюрократичні перепони на шляху жінок до материнства [Власенко, 2014: 452].

Маркетингові технології в роботі приватних клінік репродуктивної медицини застосовують класичні прийоми просування товарів і послуг: акції, знижки, подарункові сертифікати та накопичувальні картки. Ось, наприклад, фрагмент рекламного повідомлення однієї з таких клінік: «Із 25 жовтня 2012 року всі жінки під час придбання послуг клініки на суму понад 200 гривень отримують накопичувальну карту, на яку нараховуються 30% від суми кожної покупки. Власниці накопичувальних карт мо-

²³ Див., наприклад, Светлана Еремина, «Стать мамой: где и за какие деньги», *Главред*, 16 августа 2012. <http://glavred.info/archive/2012/08/16/151929-6.html>.

²⁴ Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти» № 579 від 29.11.2004.

ментально отримують 3–5% знижки на такі послуги, як *in vitro*, експертне УЗД, жіноча консультація, педіатрія, а також препарати в аптеці клініки. Крім того, всі володарки карт отримують подарунковий сертифікат на послуги клініки в день народження клієнтки». Також клініки пропонують програми «акційного» та «соціального» екстракорпорального запліднення для малозабезпечених пацієнток. Наприклад, 2012 року в одній із клінік програма «стандартного ЕКЗ» коштувала 19 950 гривень, а «соціального» – 15 450 гривень.

Очевидно, ДРТ є високотехнологічними і витратними медичними послугами, проте сконцентрованість їх у комерційному секторі впливає на доступ до таких послуг і контроль клієнток за їх наданням. Однією з проблем маркетинга медичних галузей є інформаційна асиметрія між медиком-експертом і пацієнтом: лікар, матеріально зацікавлений у більших обсягах платного лікування, може маніпулювати своїм знанням й індукувати додатковий попит [Бердышева, 2012а: 92]. Ольга Бреднікова та Надя Нартова, дослідивши досвід жінок, які лікують безпліддя в комерційних клініках Росії, виявили таку інформаційну асиметрію, а отже, вразливість клієнток.

Дослідниці зазначають, що комерційна медицина, монополізуючи ДРТ, встановлює свої правила гри: клініки визначають ціни на власний розсуд, обмежують використання інших ресурсів під час процедур – наприклад, вимагають проходити цілий комплекс діагностики тільки в них. Коли кількість додаткових платних процедур, обстежень і консультацій є невизначеною, а чіткої схеми застосування технологій із зазначенням їх вартості не складено, ДРТ вимагає від клієнток постійних фінансових вкладень. Пари не можуть заздалегідь спланувати процес, зокрема економічний складник, проте не можуть і призупинити його. Дослідниці висновують, що функціонування ДРТ лише в просторі комерційної медицини ставить жінок та їхніх партнерів у цілковито залежне становище: ціни залишаються непомірно високими, умови – неадекватними ціні, а договори – кабальними [Бреднікова, Нартова, 2007: 174–175].

Допоміжні репродуктивні технології утворюють глобальний ринок. За даними дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я, проведеного 2010 року в 190 країнах, 1,9% жінок віком 20–44 роки були первинно безплідними, тобто нездатними народити першу дитину, 10,5% – вторинно безплідними, тобто зазнавали труднощів із народженням другої дитини. Даних щодо чоловічого безпліддя за цією методикою, заснованою на самозвітах опитуваних, не отримано. Загалом, за підрахунками фахівців

ВООЗ, у світі 48,5 мільйона пар стикаються з проблемою безпліддя, причому за останнє десятиріччя рівень безпліддя майже не змінився²⁵.

За оцінками Міжнародного комітету з моніторингу допоміжних репродуктивних технологій, станом на 2010 рік у світі було народжено понад 3,5 мільйона дітей, зачатих за допомогою ДРТ, а 20–25 тисяч безплідних щорічно лікуються не у своїй країні [Исупова, 2012: 16, 6]. Нині застосування ДРТ стає глобальним процесом, а репродуктивна медицина – галуззю глобальної економіки. Ольга Исупова на підставі кількох досліджень називає низку чинників розвитку глобального ринку ДРТ:

1) більшість населення Землі не має безкоштовного чи дешевого доступу до кваліфікованої й ефективної медичної допомоги у сфері репродуктивного здоров'я;

2) в багатьох розвинених країнах створено різні законодавчі перепони на шляху розв'язання проблем безпліддя із застосуванням ДРТ;

3) у бідних країнах величезна кількість жінок готові з економічних причин за помірну ціну продавати свою репродуктивну працю;

4) репродуктивна медицина є вочевидь прибутковою, тощо [Исупова, 2012].

Практики поїздок за кордон для отримання доступу до ДРТ називають по-різному: прокреативний туризм, туризм народжуваності, транснаціональне розмноження тощо. Деякі дослідники пропонують термін «репродуктивне заслання», вказуючи на вимушеність таких міграцій. Дуже поширеним і в академічних, і в медійних текстах є поняття репродуктивного туризму, однак його критикують за відтінок легковажності, мовби йдеться про відпочинок і задоволення, тоді як бездітним парам такі поїздки завдають чималого стресу. На мою думку, найкоректнішим є термін «репродуктивні поїздки» (reproductive travelling) [Pennings, 2002] або «репродуктивні міграції». Деякі міжнародні медичні організації використовують поняття «закордонне репродуктивне лікування» (cross-border reproductive care).

Отже, репродуктивні міграції – це практики тимчасового виїзду в іншу країну задля доступу до допоміжних репродуктивних технологій. Я зосереджуся на трьох головних причинах таких міграцій. *Перша причина* – законодавчі заборони чи обмеження на використання ДРТ у країні проживання. Юридичне регулювання ДРТ добре розвинено в європей-

²⁵ «Сколько в мире бесплодных пар», *Демоскоп Weekly*, 559–560 (2013), <http://demoscope.ru/weekly/2013/0559/reprod01.php>.

ських країнах, проте законодавство в різних державах суттєво різниться. В ряді країн такі процедури заборонено чи суттєво обмежено. Приміром, у Бразилії й Угорщині «біологічною», тобто сурогатною, матір'ю може бути тільки родичка «генетичних» батьків, а в Австрії, Німеччині, Італії, Франції, Швейцарії програми сурогатного материнства є цілком забороненими. В деяких європейських країнах, як-от у Швеції та Норвегії, заборонено неанонімне донорство сперми, що помітно скорочує кількість донорів. У пострадянських країнах правила щодо ДРТ є доволі ліберальними. Зокрема, програми сурогатного материнства узаконено в Україні, Росії, Казахстані (детальніше огляд законодавства див. у [Исупова, 2012: 19-27]).

Донедавна послугами українських сурогатних матерів могли скористатися гомосексуальні пари з-за кордону. Ситуація змінилася 2011 року, коли було внесено поправку до статті 123 Сімейного кодексу, що чітко означила подружню пару як союз чоловіка та жінки, коли йдеться про охочих застосувати ДРТ. У пояснювальній записці до законопроекту зазначено, що його ухвалення забезпечить права дитини, народженої за допомоги ДРТ, на виховання в «повноцінній традиційній сім'ї»²⁶.

Друга причина репродуктивних міграцій – обмеження доступу до ДРТ для певних груп людей. Такі обмеження можуть бути пов'язаними з віком або шлюбним статусом охочих завагітніти. Цю ситуацію можна описати терміном «стратифікована репродукція», що позначає владні стосунки, за яких деякі категорії людей є вповноваженими народжувати й виховувати дітей, а решту таких повноважень позбавлено [Ginsburg, Rapp, цит. за Taylor, 2004: p 9].

У Бельгії, Великій Британії, Фінляндії та Нідерландах методами ДРТ можуть скористатися гомосексуальні пари. Законодавство Великої Британії допускає екстракорпоральне запліднення з донорством для партнерок-лесбійок: дві жінки, соціальні матері дитини, беруть участь у зачатті дитини: одна надає яйцеклітину, яку буде запліднено за допомоги донорських сперматозоїдів, друга виношує дитину. Отже, перша буде генетичною матір'ю, а друга – біологічною.

Третя причина репродуктивних міграцій – висока вартість послуг із ДРТ у деяких країнах. Країни, що розвиваються, стають привабливими для репродуктивних поїздок завдяки відносно недорогим послугам, зокрема

²⁶ Проект Закону «Про внесення змін до статті 123 Сімейного кодексу України (щодо визначення батьків дитини, народженої в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій)» № 8212 від 10.03.2011: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=39859.

сурогатного материнства. Однією з таких країн є Індія, що посідає перше місце у світі за кількістю клінік, які надають послуги ДРТ для іноземців, здебільшого з Північної Америки. А що в США лікування вкрай дороге, то американки їдуть в Індію, насамперед у пошуках дешевих послуг сурогатних матерів і донорок яйцеклітин. Так чинять і чимало європейських клієнток. В Індії сурогатне материнство перетворилося на масовий бізнес, адже місцеві жінки, часто-густо бідні й позбавлені перспективи вдалого працевлаштування, водночас здебільшого мають доволі традиційні погляди, тому вагітність і пологи сприймають як «природну» жіночу справу й стан. Крім того, на відміну від росіянок, українок, румунок, канадок і американок, індійські жінки, мовляв, буцімто «правильніше» харчуються та рідше вживають алкогольні напої [Исупова, 2012].

Так репродуктивні міграції актуалізують нові виміри соціальної нерівності. З одного боку, репродуктивні міграції сприяють соціальній рівності у сфері здоров'я: клієнт(к)и отримують доступ до послуг, якого не мають у своїй країні. Проте якщо припустити, що частка жінок, які потребують такої медичної допомоги, приблизно однакова в різних країнах і регіонах, то географічний розподіл ДРТ-народжуваності демонструє дуже велику нерівність у доступі до таких послуг [там само]. Найпоширенішим керунком репродуктивних поїздок для клієнток і клієнтів із розвинених країн є бідні країни, що розвиваються, тоді як самі жителі цих країн часто не мають жодної можливості отримати адекватне й доступне лікування.

Дискусії про глобалізацію ДРТ, зокрема сурогатного материнства, часто точаться у зв'язку з расизмом і неоколоніалізмом, адже в глобальному контексті користувач(к)ами послуг сурогатних матерів є здебільшого «білі» представниці та представники середнього класу з розвинених країн. При цьому дискурсивно відтворюється образ азійських, зокрема індійських, жінок як хоч і жертв бідності, насильства й експлуатації, а позатим поступливих і покірних, найкращих кандидаток на ролі сурогатних матерів. Така риторика є об'єктом феміністської критики «гестаційних контрактів» як експлуаторських, що дегуманізують, фрагментують і комодифікують материнство.

Отже, на матеріалах соціально-демографічних і соціологічних досліджень окреслено чільні соціально-демографічні тенденції в змінах інституту шлюбу, сімейних взаємин, батьківства та материнства в українському суспільстві. Від середини 1960-х років у розвинених країнах дедалі

Очевидніше виявляється трансформація інституту шлюбу, спричинена другим демографічним переходом.

Упродовж останніх двох десятиріч в Україні, хоч і за інших соціальних обставин, має місце стійка тенденція до індивідуалізації шлюбу, сім'ї, батьківства і плюралізації їх моделей і форм: поступово підвищується вік вступу в шлюб і народження першої (часто єдиної) дитини; суспільство дедалі більше толерує незареєстровані партнерства на тлі збільшення їхньої частки; зростає відсоток дітей, народжених поза зареєстрованими шлюбами, тощо. Ці процеси створюють нові виклики для сімейної політики та політики підтримки материнства, критичному аналізу якої присвячено наступний розділ.