МРНТИ 10.47.31

УЯЗВИМОСТЬ И МЕТОДЫ ИСКУССТВЕННОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Лоранс Тэн
Почетный профессор социологии, Лионский университет, г. Лион, Франция
laurence.tain@gmail.com

Перевод с фр. С.М. Шакировой, Л.В. Турарбековой

Laurence TAIN. Vulnérabilité et parcours de PMA. 1ère publication de cet article en français dans l'ouvrage collectif coordonné par F.-X. Roux-Demare et S. Moisdon-Chataigner: *la santé des personnes vulnérables,* éd. Institut Universitaire Varenne

Впервые опубликовано на французском языке в совместной работе, координируемой Ф.-Х. Ру-Демаре и С. Моисон-Чатайнье: Здоровье уязвимых людей, изд. Университетский Институт Варенна.

Статья посвящена философским, правовым и этическим вопросам современной репродуктивной медицины во Франции и западноевропейских странах. Исследование основано на анализе медицинских записей за 1980-1990-ые гг, в период внедрения новых методов репродуктивной медицинской помощи в больницах Франции, а также на основе опросов пациентов, проведенных автором в 2008-2013 гг. Проблема бесплодия ставит в уязвимое положение как мужчин, так и женщин, но женщины платят за возможность рождения ребенка более высокую цену. Хирургическим операциям подвергаются в основном женщины (экстракорпоральное оплодотворение). Поднимается вопрос о праве третьей стороны на родительство, исходя из того, что доноры спермы, доноры яйцеклеток и суррогатные матери являются частью репродуктивной системы и имеют право на общение с ребенком. Автор отмечает социальное неравенство как серьезный фактор уязвимости женщин при проведении ЭКО: женщины-руководители начинают процесс экстракорпорального оплодотворения после 30 лет, в то время как три четверти работающих женщин - до 30 лет.

Ключевые слова: репродуктивная медицина, экстракорпоральное оплодотворение, супружеские пары, родительство, риски для здоровья женщин, уязвимость, социальное неравенство.

Цель этой статьи – рассмотреть пути оказания медицинской помощи по искусственному оплодотворению в рамках концепции уязвимости. Как определить понятие уязвимости? Я буду опираться на работы, представляющие два подхода: юридический [1] и социологический [2].

Анализ данной концепции с точки зрения прецедентного права опирается на определение Европейского суда по правам человека [3] по трем критериям: уязвимость человека как таковая, уязвимость человека, оказавшегося в той или иной ситуации, уязвимость лица, подвергающегося дискриминации.

Действительно, обращение к услугам ЭКО соответствует названным критериям. Непроизвольное бесплодие, обращение к медицинским услугам ставят людей в положение уязвимости. Особенно остро это проявляется в том, что лица подвергаются дискриминации, в частности, по признаку их сексуальной ориентации или пола.

Из подходов, разработанных в труде, посвященном истории и социологии социальной и санитарной уязвимости [4], я использую некоторые свойства данной концепции; саму концепцию авторы характеризуют как весьма размытую. Уязвимость есть факт неопределенности, но не относящейся к состоянию нехватки чего-либо [*état déficitaire*], а обратимой и социально обусловленной. Методы использования ЭКО соответствуют такому пониманию уязвимости. Фактически существующие медицинские методы демонстрируют одновременно состояние неопределенности и социального неравенства.

Разумеется, все столкнувшиеся с непроизвольным бесплодием лица попадают в уязвимое положение. Тем не менее, некоторые из них оказываются в более уязвимом положении, чем другие. Поэтому я рассмотрю три фактора, соответствующие трём ситуациям дискриминации: пол, сексуальная ориентация и социальное неравенство. Кроме того, на всем протяжении моего анализа я буду рассматривать уязвимость в контексте состояния неопределенности и возможности обратимости.

Данное исследование базируется [5] на многостороннем подходе: с одной стороны, на протяжении всей статьи будет проводиться количественный анализ медицинских записей за 1980-1990-е годы, в период внедрения новых методов репродуктивной медицинской помощи в больницах Франции; с другой стороны, будет проведен качественный анализ на основе опросов, проведенных в 2008-2013 годах. Сочетание этих различных точек зрения представляется особенно плодотворным, поскольку позволяет одновременно выявить статистические закономерности, глобальные тенденции, а также понять социальную логику, которая действует между акторами и учреждениями.

I. Факторы уязвимости женщин

Столкновение с непреднамеренным бесплодием делает уязвимыми как мужчин, так и женщин, но именно женщины платят самую высокую цену – по различным причинам.

Прежде всего потому, что именно они считаются ответственными за эту ситуацию, с точки зрения, в частности, медицинских работников. Ибо, как отметил Симон Новаес [6], даже если врачебное указание относится к бесплодной паре, рассматриваемой как "пациент", «в течение следующего, конкретного периода лечения, этот теоретический пациент в диагнозе уступает место "пациентке"». Сразу после консультации врач обычно обращается [7] к женщине, и именно она будет в первую очередь обвинена, а затем активно задействована, как то показывают многочисленные свидетельства. В момент диагностики (Лианна В.) (респондент 1, список респондентов приведен в конце статьи), как и на протяжении всего лечения (Полина А. (респондент 2) и Милен К. (респондент 3)) команда врачей, как правило, перекладывает всю вину на женщину.

> *Первый контакт был ужасен. Менее чем за пять минут я оказалась на скамье подсудимых. Если у меня не было ребенка, то очевидно, что это была моя вина, так как я курила. Еще не будучи матерью, я была плохой матерью. (Лианна В.)*

> *Всегда кажется, что виноваты женщины [...]. В отношении усилий врачебной команды, у меня всегда было чувство вины, если это не сработает. «Госпожа, с лечением и дозами гормонов, которые у вас есть, это должно подействовать. Вы уверены, что делаете уколы? Вы слишком сосредоточены, и вы должны быть позитивной, вы действительно хотите этого малыша?», я всегда была виновата. (Полина А.)*

> *После рождения нашего сына в 2003 году мы сделали четыре попытки переноса замороженного эмбриона […]. Только один положительный результат […] но, увы, ранний выкидыш […]. Эти неудачи ничем не объясняются. Проблема в сперматозоидах, у меня сложилось впечатление, что врачи хотели обязательно что-нибудь придумать. Это впечатление очень неприятно и внушает вину. (Милен К.)*

Затем, на протяжении всего лечения женщины «берут на себя ответственность за двоих» [8], берут на себя инициативу, занимаются техническими процедурами. Партнер - мужчина обычно инвестирует гораздо меньше, иногда совсем не включаясь, как показывает рассказ Корин Г. (респондент 4).

> *Вообще-то, если хотите, я все сделала сама. Я всегда говорю, что родила дочь одна. Он никогда не присутствовал [...]. Я имею в виду, даже если его работа не позволяла*

ему присутствовать при уколах, я считаю, что, по крайней мере, на передачах он должен был присутствовать. Его там не было, и поэтому я принимала решения сама. Он знал, во всяком случае, так оно и было [...]. Вот он отдал свою сперму, и потом я справилась сама ... это тоже тяжело, очень, очень трудно, потому что вы видите пары, и при этом ты находишься там, где вы должны быть вдвоем (Корин Г.)

Принимая во внимание социальную уязвимость женщин и их склонность к чувству вины в связи с бесплодием, хирургические операции также гораздо чаще касаются женщин, чем мужчин. Можно даже отметить увеличение числа женских операций, в том числе экстракорпоральное оплодотворение. Ройер в 1992 г. говорил о диагностической ценности реализации данного метода оплодотворения спермой следующее: *"Использование экстракорпорального оплодотворения при неспецифических изменениях спермы в основном является результатом диагностического предела, которым обладают другие биологические тесты на оплодотворение и их результаты. При нынешнем состоянии наших знаний это самый точный способ оценить оплодотворяющую силу спермы in vitro"* [9]. Развитие микроинъекций на сегодняшний день подтверждает эту ориентацию. Таким образом, совершать хирургические манипуляции с телом фертильной женщины, у которой партнер бесплоден, становится банальностью. Медицинский курс Дельфины В. (респондент 5), очень фертильной замужней женщины, чей муж почти бесплоден, иллюстрирует эту ситуацию.

На самом деле, мы пытались девять месяцев, но я не могла забеременеть […]. Врач сказал нам: «О, никакой спешки нет, чтобы иметь ребенка, особенно в вашем возрасте – мне было 28 лет, а моему приятелю 30 - это займет год, а то и два года [...]. Но раньше у меня был другой опыт; я уже четыре раза беременела, два аборта и два ранних выкидыша, не с моим нынешним мужем, а с другими людьми. Так что я считалась гиперфертильной и поэтому была очень обеспокоена, что этого не происходит [...] [специалист] сказала: Мы проведем ряд тестов [...]. Я считаю, что проблема в парнях, их мало тестируют [...]. Когда она получила анализы всех, сказала: «Хорошо, у нас есть одна проблема, это сперматозоиды, поэтому мы можем сделать оплодотворение in vitro" (Дельфин Б.)

Однако эти виды уязвимостей могут быть развернуты, преобразованы, способны на мало изученные отказы, которые демонстрируют обратимость ситуации. Перемена ракурса могла бы привести к иному взгляду на вопросы родительства, как рассказывает Гилейн Ж. (респондент 6).

Речь идет о создании родительства иного порядка, чем рождение биологического ребенка. Усыновление одного или нескольких детей, рожденных от других родителей, требует реальных изменений внутри пары, многому научает. [...] Усыновление нужно понимать как право ребенка иметь семью, а не право пары на то, чтобы иметь ребенка, каким бы ни было их страдание от бесплодия (Гилейн Ж.).

Ориентация на интеллектуальное или художественное творчество знаменует собой иной тип разрыва, как единодушно констатируют психологи [10], «люди, которые легче всего отказываются, это мужчины и женщины, прорабатывающие ситуацию совместно. Мы их видим нечасто. Они только раз приходят к нам, и все, такие пары отличаются способностью к символизации, к перенесению инвестирования на другие объекты, способностью к творчеству». Именно такую трансформацию описывает, например, Моник Ф. (респондент 7):

Я больше не могла. Я сделала всё, что могла, прошла через всё, что смогла. Я могла бы упрямиться и дальше, но это было бы ожесточением, а главное, я психологически больше не могла. Я приняла к сведению, что это не работает, что это нужно учесть и на этом нужно остановиться [...]. Я фотографировала двадцать лет. Но на самом деле перейти к тому, что тебе интересно, сделать этот шаг, организовывать выставки, узнавать больше о технической составляющей, все это было как потребность в творчестве. Не будучи фертильной, дать чему-то жизнь. Если не можешь подарить жизнь кому-то, нужно выразить

что-то в личном творчестве. Это действительно пришло в тот момент. Я не обязательно осознавала эту связь в тот момент, но моя первая выставка состоялась в 2002 году. Друзья постоянно говорили мне: «Давай, ты делаешь хорошие фотографии». И да, я начала в 2000 году, и получила возможность участия в ЭКСПО в 2002 году (Моник Ф.)

II. Виды уязвимости лиц гомосексуальной ориентации и лиц, не состоящих в браке

Лица гомосексуальной ориентации и лица, не состоящие в браке, тоже сталкиваются с неравенством, поскольку во Франции доступ к ЭКО им запрещен законом [11]. Подобная дискриминация в отношении доступа к больничному каналу закрепляется в доминирующие социальные представления. Отказ в ЭКО болезненно переживается и аргументированно оспаривается, часто со злостью, представителями лесбийского сообщества, как, например, Карин Л. (респондент 8) или геями, как Николас С. (респондент 9):

Мы все еще полагаем, что для того, чтобы ребенок был счастлив, нужны папа и мама. Эта идея укоренилась у многих людей. Сколько детей живут с отцом и матерью? Таких мало! Сколько живут в гетеросексуальных семьях и полностью дестабилизированы насилием, как это видно из разных фактов? А я к этому не причастна. Не понимаю, как можно утверждать, что я не способна иметь детей и воспитывать их. Материально у нас есть все, что надо, интеллектуально тоже (Карин Л.)

Существует чисто французское высокомерие. Мы вообще не встречаемся в описаниях, сделанных французским руководством. Они в тысяче лье от реальности. У них аутизм. Что за бред у них? Фантасмический бред? Я знаю, о чем говорю, потому что я юрист, и знаю десятки пар, которые прибегли к ЭКО. Американская система заслуживает права на существование. У нас, французов, в реальности царит мракобесие. Нужно перенимать чужой опыт (Николас С.)

Оспаривание закона также наблюдается со стороны других участников этого процесса, особенно врачей, специализирующихся на репродукции человека, таких как Жоэль Белаиш-Алларт [12]. «Законодатели, вероятно, мужчины или даже женщины, хоть и блестящие, но они не могут ни знать, ни понимать все. Хотелось бы добавить, что чаще всего они пожилые, иногда они даже испытывают определенное давление, чтобы обеспечить свое собственное переизбрание, и что им повезло родить детей легко, и что они не понимают разницы между эмбрионом IVG и эмбрионом из пробирки (четыре клетки)!» (Белаиш-Алларт).

Такой вид дискриминации и уязвимости провоцирует сомнения, и часто приводят к длительным раздумьям по поводу разных иных возможностей. Так обстоит дело, например, с Паолой Б. (респондент 10):

Это мамино горе. Когда я объявила ей, что я гомосексуальна, она думала, что я не смогу иметь детей [...] я сказала об этом отцу [...] он поначалу ничего не сказал. Тогда как у мамы реакция была более [...] видимо, она плакала [...] ну, меня там не было, но она плакала долго. Я уже говорила об этом с двоюродным братом, с которым беседовала о роли отца [...] в процессе оплодотворения. Фактически, добровольно я избавлялась от донора, от отца [...] это всегда вопрос, имеем ли мы право? Не имеем ли мы право? Наконец, это сложный вопрос, который в любом случае всегда актуален, неизвестно, как ребенок отреагирует [...] это также проблема в том смысле, что я нахожу сложным троим воспитывать ребенка. То есть, когда нас двое, когда мы пара, живем под одной крышей, мы будем обсуждать и искать компромисс. Когда есть третий человек, который приходит и не имеет роли родителя, ну, или который не присутствует в повседневной жизни, но все же имеет статус отца, я считаю это деликатным. То есть, я смотрю на вещи со своей точки зрения, потому что я не могу говорить за других, но, ну, я нахожу это деликатным, да, для ребенка, который знает, понимает, что происходит на самом деле (Паола Б.)

Постепенно, со временем, созревает идея о необходимости корректировки западной модели воспитания, основанной на бинарности пары и мужской/женской комплементарности. Две конкурирующие интерпретации возникают из эмпирических материалов, каждая из которых основана на одном из двух столпов западной модели [13].

Первая форма интерпретации сосредоточена на паре. Она опирается на принцип двусторонности родства, но смещает рамки гетеронормативности. Эта модель выделяет двух лиц, участвующих в репродуктивном проекте, из которых один или даже оба биологически участвуют в процессе репродукции. Приоритет намерения, приоритет социальной составляющей, таким образом, утверждается независимо от ожидаемой комплементарности полов. Здесь смещение рамок относится к легитимации родителя, определяемого его социальной волей, а не его половой принадлежностью.

Рассказы из практики свидетельствуют о подчас длительном процессе смены взглядов в результате сделанного выбора, ориентированного на родительскую пару (Афродита Ф.) (респондент11). Столкновение с другими ситуациями гомородительства, вызывающими различные затруднения, влияет на принятое решение (Виктор М.) (респондент12).

> *Мы хотели иметь ребенка, но сначала не знали, какой тип родительства выбрать [...] вообще-то, изначально мы были склонны к совместному воспитанию [...] с приятелями, которые бы дали сперму. Но вскоре мы поняли, что это будет довольно трудно, потому что мы задавались вопросом: "Признает ли он ребенка? Будет ли это оставаться "тайной" для ребенка?». Мы решили, что это невозможно (Афродита Ф.)*

> *Да, на самом деле, в начале моей взрослой жизни, мы с моим другом геем говорили о том, чтобы иметь ребенка вместе. Мы долго были в очень близких отношениях. Он школьный друг. Потом, со временем, наша связь ослабла. Недавно мы сблизились. Ну, то есть я думал о том, чтобы иметь ребенка с геем-мужчиной. А затем, повзрослев, осмотревшись, я сказал «нет». […] Полагаю, что я в основном понял, что трое родителей […] на самом деле, я видел вокруг себя также семьи, пары из женщин, которые делали ребенка с парой мужчин и которые проводили свое время в судах, споря о часах времяпрепровождения с ребенком. Уже это создает проблемы [...] есть проекты совместного воспитания, которые удались, но есть много тех, что не удались (Виктор М.)*

Третья сторона ощущается как аксессуар или даже как угроза для одного из партнеров, «неофициальные матери», которым трудно жить как «полноправным матерям» [14].

Вторая интерпретация избавляется от бинарного контекста родительства, делая акцент на многородительстве. Сочетание биологического и социального осмысляется здесь иначе, предоставляя социальное признание для всех лиц, участвовавших в репродуктивном проекте. Доноры спермы, доноры яйцеклеток, суррогатные матери являются частью репродуктивной конфигурации и имеют право на общение с ребенком. Таким образом, здесь трансформируется двоичное разделение репродуктивной функции, которая становится функцией многих участников.

Рассказчики упоминают третью сторону; эта ситуация иногда приводит к изменениям в законодательстве о ребенке, как это случилось в Онтарио в 2007 году [15]. Речь о репродуктивном сотрудничестве, стремящемся к тому, чтобы ребенок имел доступ к донору (Сильвия А.) (респондент13) или знал свою суррогатную мать (Филипп Х.) (респондент14).

> *Почему Нидерланды? Потому что мы выбрали страну, где есть доступ к данным донора, и он бесплатный. В то время это была единственная страна, где доступ к данным донора был возможен и где донору не платили. Мы смотрели репортажи об анонимных родах, о том, как важно иметь такую возможность. Понятно, что не все дети, рожденные анонимно, обязательно хотят получить доступ к данным о своем происхождении, но для тех, кто хочет и не может, это может быть настоящая проблема (Сильвия А.)*

> *Мы сохранили контакт с Дженни, суррогатной матерью. Это как дальняя мать Тьерри (Филипп Х.)*

Связи с третьими лицами могут быть организованы как контакт время от времени (Франсуа Т.) (респондент15) или на более регулярной основе.

> *Я не хотел полной анонимности. С другой стороны, я также не желал взаимных обязательств обожать друг друга, любить друг друга и играть в поддельную маму [...] она отвечает ‘ 'ежегодный контакт по электронной почте, фото, телефон подходит мне очень хорошо и, конечно, когда ребенку будет 18 лет и если он захочет меня видеть, я вполне соглашусь встретиться с ним [...]’. Так она отвечает, и это именно то, что я думал» (Франсуа Т.)*

Иногда даже это совместное воспитание гораздо сильнее в повседневной жизни, в результате чего возникают инновационные конфигурации: мать, которая отделяет свою жизнь в паре с женщиной от ее проекта ребенка с гей-парой, две матери, которые совместно заботятся о ребенке в отдельности от жизни пары, два отца, которые планируют прибегнуть к услугам одной и той же женщины.

II. Уязвимость через призму социального неравенства

Таким образом, уязвимость присутствует в двух предыдущих типах развития ситуации. Но можно было заметить, что ее можно и обойти, развернуть во благо. Тем не менее, такой разворот социально предопределен, это ясно видно по 2 показателям: столкновение с неопределенностью медицинских методов и экономические ресурсы лиц, находящихся в уязвимом положении в ситуации бесплодия [16].

Это социальное неравенство проявляется, в частности, в выборе способов противостояния рискам новых репродуктивных методов. Если неопределенность всегда была частью повседневной медицинской помощи [17], то различия на самом деле хорошо заметны в верхней или нижней части социальной иерархии. Наиболее социально обеспеченные женщины идут на риск с расчетом. Они рационально управляют своей карьерой, оценивая затраты и прибыль от срока материнства и карьеры. Таким образом, они прибегают к ЭКО в той же пропорции, что и другие социальные слои, но с отложенным календарем. Например, по моим эмпирическим данным, все женщины-руководители начали процесс экстракорпорального оплодотворения после 30 лет, в то время как три четверти работающих женщин начали лечение до 30 лет. Однако эти временные рамки напрямую связаны со степенью начального инвестирования – как и с его укреплением – в профессиональную карьеру или в выбор в пользу материнства. Раннее медицинское вмешательство, действительно, более благоприятно для рождения ребенка, но является препятствием для социального восхождения и даже к профессиональной реализации.

И наоборот, женщины, чье социальное положение находится на низком уровне иерархии, столкнулись с другими формами неопределенности, связанными с «обществом риска», согласно определению Бека в его анализе постиндустриального общества [18]. Новые методы репродукции являются знаковыми для этого нового социального контекста. Действительно, если социальная реакция индустриальных обществ была направлена на рациональный контроль риска путем преобразования непредсказуемых рисков в риски, рассчитанные с помощью вероятностных инструментов, сегодня эти прогнозы иногда кажутся неуместными. Человек попадает в ситуацию беззащитности перед лицом риска.

Начало экстракорпорального оплодотворения, эксперименты без оценки рисков иллюстрируют такую ситуацию. Во всяком случае, первые женщины, которые поддались на новшества, не имели гарантии безопасности этих методов для их здоровья, ранние исследования во Франции о последствиях такого лечения начались только в 1997 году, то есть почти через двадцать лет после первого рождения в мире благодаря экстракорпоральному оплодотворению. Такие понятия, как риск и эксперименты без гарантии хорошо представлены в рассказах женщин, собранных сегодня, о первых попытках (Беатрис С.) (респондент 16) в 1980-х или протоколах более поздних новшеств (Изабель С.) (респондент 17).

Редко упоминаемое в начале курса лечения, понятие риска появляется постепенно с ощущением того, что эти женщины были «подопытными кроликами».

> *Это было в 1980-х годах. Довольно давно. Я все равно помню. Я не особо беспокоилась, они имплантировали пять эмбрионов другой женщине, и трое или четверо прижились. И тогда они говорили: «Как мы ей сообщим?» [...] У меня при экстракорпоральном было три эмбриона. Я сказала себе, что все в порядке [...] в лучшем случае это будут близнецы, в крайнем случае тройняшки [...]. Я хотела закончить, для меня это было закончено, эмбрионы будут удалены, я собиралась сделать выкидыш, и тут в голове все быстро прояснилось. Я больше не хотел быть подопытным кроликом. Может показаться отвратительным, но это было для устранения тех эмбрионов, которые были где-то в природе ... почти тридцать лет назад говорили, что вся процедура разработана до мелочей. Но в итоге, когда мы немного послушали врачей, было впечатление, что я немного подопытный кролик. Потому что даже рассуждения вроде: «Надо будет сказать ей, что они прижились» автоматически означают, что они не были уверены, что оно приживется (Беатрис С.)*

> *Я чуть не умерла, близнецы тоже ... У мужа был большой нервный срыв; так что это правда, что, когда я отвечала на вопросы анкеты, я была в гневе... вот и все. Мне лгали, манипулировали мной, делали меня подопытным кроликом ... правда, нам встречались и действительно хорошие люди [...] доктор сказал мне: «Я предлагаю вам прямо сейчас сделать кесарево сечение; по крайней мере, я спасу вас, вот так ». […] Когда я проснулась, вопросов не задавала. Не должна была задавать вопросы. Не знала, жива ли я. Хирург-гинеколог, который оперировал меня, сказал: «Они очень красивые, мы сделали самых красивых детей в мире». Это был старый медведь, он делал обход каждый день ... и кричал в коридорах: «Я счастливый человек, я сделал самых красивых детей в мире!» [...] С другой стороны, надо знать, что легкие не закончены, кожа не закончена, нервная система не закончена, нет ничего законченного, поэтому они будут находиться в инкубаторе очень долго (Изабель С.)*

И эти эксперименты без оценок риска указывают на сильную социальную дифференциацию. По моим эмпирическим данным, женщины-пионеры, которые служили подопытными кроликами для испытания новых репродуктивных методов, в основном были работающими женщинами и представительницами рабочих профессий. Они составляют 93% всех женщин, прибегнувших в то время к данной операции, и только 63% в совокупности. Ни одна женщина из моей выборки не брала на себя риск участия в таких экспериментах, и очень немногие из них обладали профессией среднего звена.

Список литературы

1. François-Xavier ROUX-DEMARE, «La notion de vulnérabilité de la personne au regard de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l’homme », Journal du droit des jeunes, nos 345 et 346, 2015, p. 35 à 38.
2. Axelle BRODIEZ, Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, Benoît EYRAUD, Christian LAVAL et Bertrand RAVON, Vulnérabilités sociales et sanitaires. De l’histoire à la sociologie, Presses universitaires de Rennes, 2014.
3. François-Xavier ROUX-DEMARE, art. cit. (n. 1). 108 Institut Francophone pour la Justice et la Démocratie.
4. Axelle BRODIEZ, Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, Benoît EYRAUD, Christian LAVAL et Bertrand RAVON, op. cit. (n. 2).
5. Laurence TAIN, Le corps reproducteur, Éd. EHESP, 2013.
6. Simone NOVAES, « L’évolution des indications de la procréation médicalement assistée : le point de vue du sociologue», Communication aux journées annuelles d’éthique, UNESCO, 17-18 décembre 1993.

7. Annie BACHELOT, Jacques DE MOUZONet Maurice ADJIMAN, « La fécondation in vitro : un parcours qui reste long et difficile », in Élise DE LA ROCHEBROCHARD (dir.), De la pilule au bébé-éprouvette, choix individuels ou stratégies médicales ?, INED, 2008, p. 243-261.
8. Virginie ROZÉEet Magali MAZUY, « L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et 'gestion' de l'échec», Sciences sociales et santé, vol. 30, no 4, 2012, p. 5-29
9. Dominique ROYÈRE, « Stratégie des PMA en cas d'infertilité masculine : la FIV dans le cas d'altérations non spécifiques du sperme», Contraception, fertilité, sexualité, vol. 20, no 7 et 8, 1992, p. 720-724.
10. Laurence TAIN, « L'hôpital, la femme et le médecin : la construction des trajectoires de fécondation in vitro », Population, vol. 56, no5, 2001, p. 811-844. (Traduction : «The Hospital, the woman and the physician: the construction of In Vitro Fertilization trajectories», Population-E, vol. 57, no 2, 2002, p. 373-404).
11. Ссылка на закон от 29 июля 1994 г., статья L. 152.2 Кодекса о государственном здравоохранении.
12. Joëlle Belaïsch-Allart, Réponse de J. Belaïsch-Allart à l'éditorial de J. COHEN, «Le tourisme procréatif: un pis-aller», Gynécologie Obstétrique et Fertilité, vol. 35, no 2, 2007, p. 164-165.
13. Laurence TAIN, op. cit.(n. 5).
14. Virginie DESCOUTURES, Les mères lesbiennes, PUF, 2010.
15. Юриспруденция в этом случае признала такую конфигурацию родительства, при которой имеются две матери и один отец, в особенности с учетом участия отца в воспитании ребенка (апрель 2007).
16. Laurence TAIN, op. cit.(n. 5) ; Laurence TAIN, «Health inequality and users' risk-taking: a longitudinal analysis in a French reproductive technology centre », Social Science & Medicine, vol. 57, no11, 2003, p. 2115-2125.
17. Renée FOX, L'incertitude médicale, L'Harmattan et CIACO, 1988.
18. Ulrich BECK, World risk society, Polity Press, Cambridge, 1999.

Список респондентов

1. Лиана В., 41 лет, учитель школы, живет с 1994 года с 43-летним сотрудником CPAM. После женского и мужского бесплодия, сделала IAC, а затем попытку ЭКО. Родила ребенка.
2. Полина А., 39 лет, временно безработная. Живет с 1995 года с 41-летним коммерческим работником. По причине женского бесплодия сделала безуспешно четыре попытки ЭКО.
3. Милен К., 36 лет, учитель, живет в паре с 1998 года с 37-летним рыбоводом. Сделала пять попыток ЭКО из-за мужского бесплодия и родила ребенка.
4. Корин Г., 40 лет, стандартистка, замужем за Аленом Г., шофером-поставщиком; в настоящее время живет отдельно, но не разведена, курс лечения с тридцати лет (1999); одна микроинъекция и два вживления эмбриона; рождение дочери после второго вживления (2001).
5. Дельфин Б., 30 лет, безработная, специальность – коммерческий ассистент, замужем с 2008 года за Патриком Б., трубопроводчиком на постоянном трудовом договоре ; курс лечения с 2007 года; оплодотворение in vitro и два переноса; киста на каждом яичнике; второе оплодотворение in vitro; отсутствие беременности во время собеседования.
6. Гилейн Ж., 52 лет, территориальный атташе, руководитель службы, живет совместно с 1995 года с 56-летним преподавателем университета. Причина бесплодия неизвестна. После трех попыток ЭКО решили прекратить лечение, не имея детей.
7. Моник Ф., 48 лет, социальный работник психиатрии, в отношениях с 1992 года, замужем с 2006 года; курс лечения с 37 лет (1998 год), три оплодотворения in vitro, за которыми не последовали роды; прекратила медицинское лечение в 2000 году.
8. Карин Л., 29 лет, чиновник, в паре с Лаурой Б., беременной во время интервью благодаря IAD в Испании.
9. Николас С., юрист, в паре с 2001 года с Бруно Л., курс лечения с 2001 года; восемь безуспешных искусственных оплодотворений с тремя суррогатными матерями; оплодотворение in vitro в США с четвертой суррогатной матерью и рождение маленького мальчика в 2007 году.
10. Паола Б., 29 лет, музыкант, в паре с женщиной с 2003 года; IAD в Бельгии со своей партнершей, старше ее на пять лет.
11. Афродита Ф., 39 лет, профессор колледжа в паре с Кристианом С. с 1997 года. 2-летний ребенок. Афродита снова на третьем месяце беременности благодаря ИАД (Бельгия).
12. Виктор М., 34 года, библиотекарь, живет в паре с Авророй, куратором, в течение 4 лет. Благодаря искусственному осеменению в клинике в Барселоне у них 10-месячная девочка.
13. Сильвия А., 37 лет, работает в частном секторе; в паре с Бриджит Л.; курс лечения с 2001 года; пять искусственных оплодотворений у Бриджит Л. с донорством спермы, а затем четыре у Сильвии А. в

Нидерландах; рождение мальчика после четвертого оплодотворения (2006); на момент собеседования Сильвия А. беременна маленькой девочкой.

14. Филипп Х., врач, в паре с Шарлем Р. с 2000 года, PACS в 2001 году; курс лечения с 2006 года; донорство спермы в США в 2007 году ; выбор суррогатной матери; мальчик родился в 2008 году.
15. Франсуа Т., старше 40 лет, управляющий банковским филиалом, холост, в настоящее время суррогатное материнство в США.
16. Беатрис С., 53 года, сотрудник социального обеспечения, замужем за Александром С., 51 год, менеджером семнадцати автомобильных магазинов; курс лечения с 26 до 33 лет (с 1981 по 1988 год) с экстракорпоральным оплодотворением без беременности; удочерение ребенка в 1988 году.
17. Изабель С., 47 лет, на должности агента, а затем руководителя группы в почтовом сортировочном центре; первый раз вышла замуж и родила первого ребенка в 25 лет; разведена; повторно замужем за Тьерри С., который занимается той же профессией, что и она; курс лечения с 33 лет (1994 год); оплодотворение in vitro, перенос эмбриона и рождение мальчика (1995 год); второе оплодотворение in vitro и рождение двух близнецов (1996 год).

Жасанды ұрықтандыру әдісі мен осалдылық

Лоранс Тэн
Әлеуметтану ғылымдарының құрметті профессоры, Лион университеті, Лион қ., Франция
laurence.tain@gmail.com
Француз тілінен аударғандар С.М. Шакирова, Л.В. Турарбекова

Мақала Франция мен Батыс Еуропа елдеріндегі заманауи репродуктивті медицинаның философиялық, құқықтық және этикалық мәселелеріне арналған. Зерттеу Франция ауруханаларында репродуктивті медициналық көмектің жаңа әдістерін енгізу кезеңіндегі 1980-1990 жж. медициналық жазбаларды талдауға, сондай-ақ 2008-2013 жылдары автор жүргізген емделушілердің сауалнамаларына негізделген. Бедеулік проблемасы ерлерді де, әйелдерді де қиын жағдайға душар етеді, бірақ бұл мәселеде әйелдердің өтемі жоғары. Хирургиялық операциялар әйелдерге жиі жасалады (жасанды жолмен ұрықтандыру). Ата-аналыққа ие үшінші жақтың құқығы туралы мәселе көтеріледі, сонымен қатар шәует және жұмыртқа донорлары және суррогат аналар репродуктивті жүйенің бөлігі болып табылады және баламен қарым-қатынас жасауға құқылы. Автор ЭКҰ-ны жүргізу кезінде әйел-басшылардың жасанды жолмен ұрықтандыру үрдісін 30 жастан кейін, ал жұмыс істейтін әйелдердің төрттен үш бөлігі 30 жасқа дейін бастайтын әлеуметтік теңсіздікті әйелдер осалдығының маңызды факторы ретінде атап өтеді.

Түйін сөздер: репродуктивті медицина, экстракорпоральді ұрықтандыру (жасанды жолмен ұрықтандыру), ерлі-зайыптылар, әйел денсаулығы үшін тәуекелдер, осалдық, әлеуметтік теңсіздік.

Vulnerability and methods of artificial insemination

Laurence Tain
Honorary Professor of sociology, University of Lyon, Lyon, France
Transl. from French by S.M. Shakirova, L.V. Turarbekova

The article is devoted to philosophical, legal and ethical issues of modern reproductive medicine in France and Western European countries. The study is based on analysis of medical records for 1980-1990-s years, during the introduction of new methods of reproductive health care in the hospitals of France, and on the basis of patient surveys conducted by the author in 2008-2013 infertility Problem puts at risk both men and women, but women pay for birth a higher price. Surgical operations are mainly performed by women (in vitro fertilization). The question of the right of a third party to parenthood is raised, based on the fact that sperm donors, egg donors and surrogate mothers are part of the reproductive system and have the right to communicate with the child. The author notes social inequality as a serious factor of women's vulnerability during IVF: female managers start the process of in vitro fertilization after 30 years, while three-quarters of working women - before 30 years.

Keywords: reproductive medicine, in vitro fertilization, married couples, parenthood, women's health risks, vulnerability, social inequality.

Поступила в редакцию 09.09.2020

5 - бөлім
ПЕДАГОГИКА ЖӘНЕ ПСИХОЛОГИЯ

Раздел 5
ПЕДАГОГИКА И ПСИХОЛОГИЯ

Section 5
PEDAGOGY AND PSYCHOLOGY