# СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

## ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИЯ ДОНОРСТВА В РЕПРОДУКЦИИ: НАРРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЖИЗНЕННЫХ ИСТОРИЙ

***Наталья Борисовна Граматчикова*** [a],
***Ирина Геннадьевна Полякова*** [b] ***(irinapolykova@yandex.ru)***

[a] Институт истории и археологии Уральского отделения Российской академии наук, Екатеринбург, Россия
[b] Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, Екатеринбург, Россия

**Цитирование:** Граматчикова Н.Б., Полякова И.Г. (2023) Профессионализация донорства в репродукции: нарративный анализ жизненных историй. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 26(3): 149–180.
https://doi.org/10.31119/jssa.2023.26.3.6. EDN: ZGHRKE

**Аннотация**. Становление института донорства в сфере вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) приводит к тому, что некоторые женщины участвуют в процедуре донации ооцитов и суррогатного материнства (либо того и другого) неоднократно, т.е. получают определенный опыт профессионализации в этой сфере. Материалом статьи являются девять глубинных полуструктурированных интервью женщин, имевших более чем двукратный опыт донорства ооцитов и/или суррогатного материнства, а также четыре экспертных интервью со специалистами в области ВРТ. Авторы сосредоточены на двух исследовательских вопросах: каким образом доноры выстраивают автобиографический нарратив, в который вписывается история регулярного донорства, и как видятся донорам параметры становящейся профессиональной сферы, которым они должны соответствовать, т.е. каким образом нарративы доноров коррелируют и взаимодействуют с внешними дискурсивными рамками. Поиск ответов на эти вопросы предполагает качественный анализ интервью доноров и медиков. Внутренняя динамика ситуации с профессиональным донорством сегодня определяется еще и тем, что заинтересованность в стабильности и предсказуемости «доноров с хорошим опытом», имеющая материальное выражение (вознаграждение), оборачивается «эффектом конвейера» для самих участниц, противореча тем ценностям повышения самооценки и социального статуса, которые помимо денег служат мощным стимулом длительного участия в программе для женщин-доноров. Материал и выводы статьи представляют интерес для специалистов, работающих в сфере репродуктивной медицины, а также для специалистов в сфере продвижения этого продукта на рынке.

**Ключевые слова**: донорство ооцитов, репродуктивная медицина, суррогатное материнство, профессиональный донор, нарратив, интервью.

## Введение

Методы репродуктивной медицины динамично развиваются, включая в свою орбиту специалистов не только медицинского, но и общегуманитарного профиля. Анализ мотивации доноров ооцитов и суррогатных матерей, реконструкция их ценностной иерархии предпринимались преимущественно зарубежными исследователями (Platts et al. 2019; Foret, Bolzonar 2021; Hogan et al. 2021).

В России рынок вспомогательных репродуктивных технологий тоже достаточно динамичен. Так, в 2018 г. зафиксирован миллионный цикл ВРТ в РФ. Если сравнить, к примеру 2010 и 2020 гг. на основании отчета Регистра ВРТ Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ), то количество медицинских центров выросло со 110 (2010 г.) до 315 (2020 г.). Общее количество циклов ВРТ в 2010 г. составило около 40 тысяч, а в 2020 г. — около 140 тысяч. На основании того же отчета можно сделать вывод, что около 7 % от всех циклов ВРТ ежегодно проводится с донорскими ооцитами и этот процент год от года не меняется, но общее количество таких циклов растет вместе с ростом циклов ВРТ[1]. Кроме того, что донорство ооцитов ставит множество этических, юридических, психологических вопросов, оно сопряжено со значительным медицинским вмешательством и включает в себя гормональную стимуляцию суперовуляции и пункцию яичников под общим наркозом. Учитывая эти факторы, спрос на донорские ооциты значительно превышает предложения как в России (Башмакова и др. 2023), так и в мировой практике (Purewal, van den Akker 2009). В городе Екатеринбурге работают семь центров вспомогательных репродуктивны технологий, два из них государственные, остальные частные. Поскольку Екатеринбург, с одной стороны, демонстрирует тренды, присущие столичным городам, а с другой — обладает явной региональной спецификой, полученные данные могут быть экстраполированы на российский контекст.

Работы, посвященные различным аспектам влияния репродуктивных технологий на социум, появляются в России, но их число пока невелико; среди близких по тематике можем отметить (Русанова 2008; Ткач 2013; Широков 2019).

В последнее время российские репродуктивные центры все больше привлекают к участию в своей деятельности профессиональных психологов-диагностов. Цель их собеседования с донорами — выявить акцентуации характера и возможные психологические проблемы, которые могут

[1] URL: https://rahr.ru/ (дата обращения: 08.05.2023).

стать препятствием к процедуре донации на всех ее этапах (лояльность к боли, пунктуальность в следовании протоколу и др.), а также привести к психологическим осложнениям в виде слабого осознания возможных рисков и последствий процедуры для донора и его семьи.

Зарубежные исследователи считают, что дефицит предложений при наличии высокого спроса оказывает давление на молодых женщин, находящихся в тяжелой экономической ситуации (Salomé Lima et al. 2019), а избыточное вознаграждение подрывает способность женщины рационально взвешивать последствия и риски участия в донорских программах (Resnik 2015). В связи с этим особой актуальностью обладает исследование перспектив профессионализации донорства в сфере ВРТ, позволяющее снизить затраты на программу и увеличить психологическую устойчивость доноров за счет легализации сферы донорства. Высокая практическая востребованность результатов изучения рынка донорства в той или иной мере озвучивается в интервью экспертами-медиками. Репродуктологи констатируют дефицит яйцеклеток и актуальный запрос на доноров ооцитов (Башмакова и др. 2023).

В статье мы сфокусируемся в первую очередь на тех высказываниях, которые формулируют сами женщины-доноры относительно своего участия в программе. Анализ их интервью на собеседовании позволяет описать те модели, используя которые доноры встраивают эпизоды регулярного донорства в свой автобиографический нарратив, и то, какими видятся донорам параметры становящейся профессиональной сферы, которым они должны соответствовать, т.е. каким образом нарративы доноров коррелируют и взаимодействуют с внешними дискурсивными рамками, на этом этапе исследования представленными в основном суждениями экспертов-репродуктологов.

Активное продвижение (реклама) репродуктивного донорства в России отсутствует. В качестве препятствий для роста публичности экспертное сообщество чаще всего называет деликатность темы и отсутствие консенсуса относительно этой сферы услуг между основными социальными институтами[1], такими как медицина и церковь, например.

---

[1] Вывод исследования О. Ткач десятилетней давности гласит: «Развитие ВРТ в России идет рука об руку не только с культурным консерватизмом, воспроизводящим генетический взгляд на родство, но и с консерватизмом институциональным, правовым и политическим. Эти жесткие структуры практически не позволяют создавать семью с ребенком “из пробирки” без умолчаний, стигматизаций, оправданий, а иногда и судебных разбирательств. Данные структурные ограничения не оставляют возможности признания “другой” семьи с особенной историей и определенным набором потребностей» (Ткач 2013: 65). За годы после публика-

Все это лишь усиливает заинтересованность репродуктивных клиник в донорах, которые участвуют в протоколе донации неоднократно: это снижает издержки всей процедуры как в психологическом, так и в материальном плане. Различные аспекты формирования «реестра доноров», официального (Samorinha et al. 2021) либо добровольного (Blyth et al. 2017), уже стали важными темами для зарубежных исследователей. Вся полнота тем возможной профессионализации донорства в репродукции актуальна и для современного российского контекста.

## Материал и методы исследования

Материалом нашего исследования стали девять полуструктурированных интервью с донорами, восемь из которых имели неоднократный опыт донации ооцитов, и четверо — опыт суррогатного материнства, а также четыре экспертных интервью с представителями медицинского сообщества, работающими в сфере репродукции, взятые в 2021–2022 гг. Этическим принципом исследовательской группы является уверенность в том, что быть услышанным — право каждого человека[1], и это право может и должно быть реализовано не только в прагматическом аспекте донорства (как часть диагностической отборочной процедуры), но и во взгляде на донора как на собеседника со своей системой ценностей и взаимосвязью событий, предъявляемой в автобиографическом (или ином) нарративе (Квале 2003; Голофаст 1997; Бауман 2005). При этом мы опираемся на результаты нашей предыдущей работы, где в фокусе внимания находилось взаимодействие донора с психологом-диагностом (Граматчикова, Полякова 2023).

Все информанты были пациентками одного из коммерческих репродуктивных центров г. Екатеринбурга в 2021–2022 гг. На момент интервью они готовились вступить в программу донации ооцитов повторно, имея уже как минимум двукратный опыт донорства ооцитов и/или суррогатного материнства. Наличие такого опыта и послужило основным критерием отбора для исследования. Собеседование с психологом было обязательным

---

ции статьи можно наблюдать и окрепшую силу публичного консервативного дискурса, и неуклонное развитие медицинских технологий, вовлекающих все новых участников, однако публичное обсуждение значительной части тем по-прежнему затруднено в связи с тем, что некоторые аспекты остаются социально неприемлемыми или даже криминальными. О тех же тенденциях фамилизма, неопатриархата в сфере ВРТ см.: (Ломакин 2019: 401–402).

[1] В профессиональном смысле такая позиция подразумевает и отказ от авторитаризма исследователя в отношении категорий и номинаций, применяемых информантами к самим себе (Ломакин 2019: 414).

для кандидатов в доноры и входило в программу донации. Все женщины дали согласие на участие в научных исследованиях. Что касается экспертов, двое из них представляют уже упомянутый коммерческий центр репродукции человека, двое работают в государственном центре ВРТ.

Нарративный анализ построен на анализе «документов жизни» и обращен к тому, как человек выстраивает повествование о своей жизни, какими смыслами и последовательностями наделяет ее события и что считает таковыми (Готлиб 2013). В цепочке доноров репродуктивной медицины доноры ооцитов — наименее видимое звено, что в общем всех устраивает: и самих (зачастую) неразговорчивых доноров, и социальных матерей, желающих полноты материнства, и общество в целом, интересующееся более сильными раздражителями в лице суррогатных матерей. Таким образом, данной статьей мы фиксируем шаг методологического поворота исследователей к «простому», «рядовому» человеку[1], чьи действия и решения создают непрерывность социальной ткани. «Артикуляция жизненных историй — эта та деятельность, через которую в жизнь привносятся смысл и цель» (Бауман 2005: 205), а истории, рассказанные о прошлом, проективно определяют будущее.

В интервью доноров мы выделяем основные тематические блоки, имеющие, по нашей гипотезе, отношение к выбору в пользу неоднократного участия в программе. Каждый тематический раздел сосредоточен на том, что с позиции нарративного анализа может свидетельствовать о качествах (отраженных в сюжетах автобиографического повествования), поддерживающих возможность донора участвовать в процедуре донации неоднократно. При этом ведущие факторы профессионализации — коммерческое вознаграждение и физиологически обусловленный репродуктивный потенциал донора — упоминаются нами только в случае их включения в нарратив, поскольку они находятся вне нашей профессиональной компетенции.

Структура статьи построена таким образом: сначала мы рассмотрим критерии донорства, идущие от экспертов-медиков, поскольку для наших информанток именно врачи формируют сферу возможного/допустимого.

---

[1] Здесь перечисленные маркеры используются как своеобразные «теги», позволяющие быстро определить методологический статус собранного материала, но не употребляются далее в статье в связи с их этической уязвимостью. Тема статьи ограничена частным, даже прикладным, кругом вопросов, однако мы разделяем высказанную А.С. Готлиб мысль о неизбежной захваченности исследователей теми экзистенциальными вопросами, которые просвечивают(или фатальным образом игнорируются) в нарративах информантов в ходе качественного исследования (Готлиб 2013: 14).

В свою очередь, озвучивая неформальные критерии отбора, репродуктологи отсылают к запросам, идущим от реципиентов. Затем мы дадим голос донорам, так же сопоставив их ожидания и страхи с образами специалистов и реципиентов из их нарративов. При этом главная движущая сила всей сферы репродуктивной медицины — родители-реципиенты — останутся в этой статье лишь образами/сюжетами нарративов докторов и доноров[1]. Качественный анализ, к которому мы прибегаем, не позволяет перейти к статистике, однако дает возможность исследовать мотивацию, выявить устойчивые мотивы нарративов и выдвинуть предположения относительно лакун там, где собеседник чувствует собственную уязвимость.

## Портрет «идеального донора»: взгляд специалистов-репродуктологов

Приказ № 803н, на который ссылаются репродуктологи, задает следующие параметры донорства ооцитов: «донор — молодая женщина до 35 лет, генетически обследованная, здоровая». Остальные качества и жизненные обстоятельства доноров (социально-психологический статус женщины, наличие детей, согласие супруга и т.д.) остаются за рамками интереса докторов, работающих с донорским материалом.

Буква закона, выполняющая основную регламентирующую функцию, в нарративах может либо легитимизировать отсутствие дополнительного интереса к донорам, либо дополняться некоторыми неформализованными критериями[2].

Среди первых «уточняющих» критериев возникает усреднение физических параметров кандидатов:

> *По приказу Министерства здравоохранения мы же имеем право с 18 до 35 лет брать, а мы уже на своих каких-то наработках, на своих шишках, так скажем, для себя приняли критерии выбора доноров. Это 20–33 года, сократили с той и другой стороны, по два года убрали, по запросам реципиентов все равно сделали какую-то среднюю выборку: рост от 160 до 180, вес 60–80, не более* (Э3).

---

[1] Об опыте исследования нарративов реципиентов, наполненных разнообразными переживаниями и практиками, см., например: (Курленкова 2016; Крихтова 2020).

[2] Другие данные по «типичным профилям» донора ооцитов в России см.: (Курленкова 2016: 126) (по московским клиникам). Российский донор ооцитов моложе европейского, 45,8 % имеют среднее специальное образование, 53,1 % — опыт абортов (Pennings et al. 2014).

Усреднение выборки, по мнению экспертов, ведет к более точному попаданию в требования рынка (так, ооциты, полученные от женщины весом 118 кг, за несколько лет никем не были востребованы).

Далее среди основных «внутренних» требований называют «желательно рожавшую» женщину (Э1), «молоденьких девочек» 19–20 лет без опыта материнства стараются в протокол не брать.

Первые этапы отбора кандидатов, подходящих по указанным критериям, имеют объективно-медицинский характер — это результаты лабораторных исследований и УЗИ[1]. Второй этап более субъективен и определяется способностью донора к полноценной коммуникации:

> *Я позволяю себе из полученных анкет от кандидатов на этом этапе уже отсеять тех кандидатов, которые неграмотно пишут, неграмотно разговаривают, мне приходится с ними связываться по телефону, общаться* (Э3).

При ближайшем рассмотрении оказывается, что участие в донорской программе предполагает возможность формирования определенных навыков, т.е. включает в себя и физиологические, и характерологические характеристики кандидатов:

> *Нас больше всего волнует, была ли она уже донором, есть ли у нее навыки, надо же пройти стимуляцию, надо же вовремя вводить, правильно вводить лекарство, есть ли у нее мотивация на то, чтобы правильно это сделать. Вот это нас волнует. И такие доноры очень ценятся. Я вам скажу больше. Донор, у которой получены клетки, там же они делятся по качеству. Если у нее получались оплодотворения с получением высокого качества эмбрионов: 4АА, 4АБ, это такая шифровка эмбриологическая по качеству, то это доноры очень дорогие. У них даже цена меняется в зависимости от того качества, которое они выдавали* (Э1).

Еще более пристальный интерес к социально-психологическим качествам донора (его пунктуальности, ответственности, честности) возникает, если процедура предполагает перенос эмбриона в естественном цикле реципиента. В таком случае от донора требуется жесткая регламентация по времени, поскольку циклы донора и реципиента синхронизируются.

---

[1] Однако не стоит игнорировать роль субъективного фактора уже на этом этапе, поскольку, по свидетельствам экспертов, уже на стадии УЗИ репродуктологи стараются «визуально оценить» кандидатов.

На сегодняшний день этот запрос покрывается за счет усилий агентств, наработавших, по мнению специалистов «пул таких морально-устойчивых, социально-адаптированных» женщин (Э1)[1]. Насколько такая уверенность соответствует реальному положению вещей, сказать сложно, ведь доноры ооцитов могут участвовать в процедуре ограниченное количество раз и, следовательно, собрать группу стабильных доноров на несколько лет вперед невозможно.

Требования к донору и критерии отбора строятся таким образом, чтобы, с одной стороны, максимально снизить риски осложнений медицинских манипуляций, с другой — обеспечить наличие в банке яйцеклеток того донорского материала, который востребован у реципиентов[2]. Ужесточение критериев к донорам по «внутренним параметрам» клиник происходит, видимо, на уровне инструкций для непосредственных агентов рекрутинга. Рассуждения экспертов о качествах, важных для кандидатов в доноры, выглядят, например, так:

> — *Чтобы была приятная внешность, нормальный вес, нормальный рост, чтобы не было ожирения или какой-то дефицит массы тела выраженный. <…> Донора с фотографией берут чаще, чем донора без фотографии. Доноров с приятной внешностью берут гораздо чаще, чем доноров, не знаю, менее привлекательных… Мне кажется, что это должна быть незамужняя чаще женщина, то есть нуждающаяся в финансах для содержания собственного ребенка. Она должна быть обязательно со своим ребенком.*
>
> — Но клиника этого не требует, поскольку законодательство не требует?
>
> — *Ну, мы определенные требования выдвигаем в этом направлении, то есть это требование не является обязательным, но это является желательным. То есть для агентов, которые могут заниматься привлечением доноров, это требование обязательно* (Э4).

Развивая тему «идеального донора», некоторые специалисты рисуют объемный портрет «самодостаточной женщины» — в противовес рас-

---

[1] В экспертных интервью звучит категория «проверенных» доноров, имеющая комплексный характер: работать удобнее «с проверенным донорами. Тем более если был хороший результат, получено большое количество хороших качественных яйцеклеток, еще эмбриончики начали делать донорские, конечно, удобнее работать с теми, кто уже проверенный» (Э3).

[2] Рынок донорства гамет в настоящий момент позволяет реципиентам получить информацию о востребованности клеток конкретного донора, и следовательно, повысить заинтересованность в сотрудничестве именно с ним.

пространенным суждениям о донорстве как способе заработка для женщин невысокого социального положения:

> *Однозначно должна быть женщина самодостаточная… то есть женщина, которая по жизни знает уже, что она хочет, у которой абсолютно точно есть хотя бы один ребенок, ну, о наличии образования высшего или не высшего, понятно, что выше среднего, среднее профессиональное или высшее, тут говорить, бывает, и с высшим образованием придут, и разговаривать не о чем. <…> Сформировавшаяся как мама, как женщина, как жена. Это, я считаю, идеальный донор* (Э3).

Другое дело, что «побочным эффектом» самостоятельности в таком случае нередко оказывается такая тактика зарабатывания денег, которая ставит репродуктологов «в очередь» к востребованным донорам (не лично, но ситуативно), повышая конкуренцию среди клиник:

> *Одна пациентка такая точно есть, которая прямо настроена, это для нее способ заработать деньги, она заканчивает одну донацию, переходит в другую клинику, потом возвращается к нам, потом у нее суррогатное материнство, по-моему, есть, и вот сейчас она тоже готовится к суррогатному материнству* (Э3).

> *У меня ощущение, что доноры, которых условно можно назвать профессиональными или которые сами себя таковыми считают, они, по-моему, сразу во всех центрах зарегистрированы как доноры и просто ждут приглашения от клиники, которая будет раньше, у меня такое ощущение* (Э4).

Что касается реципиентов, имеющих дело с банком данных по уже состоявшимся донорам, медики фиксируют их крайнее замешательство в отношении формулировки критериев желательного донора. Ведущим (а нередко единственным, иногда вопреки объективным медицинским показаниям) запросом от реципиентов к донорам врачи называют внешние данные («приятная внешность, нормальный вес, нормальный рост»), толкуемые, впрочем, расширительно[1]:

---

[1] При накоплении эмпирического материала ожидания и запросы реципиентов к донорам могут стать предметом отдельного исследования. Здесь мы обращаем внимание лишь на резкую и явную асимметрию нарративов в случае одного

*Ищут исключительно по внешним данным, смотрят, какие глаза, какой цвет волос, какой рост, образование смотрят, интеллект тоже важно, национальность, конечно, смотрят* (Э1);

*…кто-то не смотрит на уровень образования, кого-то и среднее образование вполне себе приемлемо, чаще это внешность* (Э2);

*…после внешности третий по частоте запроса — это группа крови. Подбор донора по группе крови. Зачем подбирать по группе крови? Только для того, чтобы не говорить, что он от донора, другого смысла в этом нет* (Э4).

Забегая вперед, скажем, что как раз критерий «приятной внешности» практически не упоминают сами доноры. Его озвучивают лишь дважды, маркируя это как «высокомерные плюсы» донорства:

*Мне, когда задает свекровь об этом: «Ты понимаешь, что эти дети будут похожи на тебя?». Я говорю: «Ну, я не урод, умная, красивая, харизматичная»* (Д6).

*…Они* [дети] *еще будут красивые, как я. Это тоже плюс. Все же хотят… все же любят светленьких голубоглазеньких, вот именно такие детки и будут, светленькие, голубоглазенькие, красивые* (Д7).

## Нарративы профессиональных доноров: узловые моменты

### *Семейный анамнез и ценности*

Текущая семейная ситуация у доноров — наших собеседников в усредненном виде выглядит следующим образом: большинство из них состоит в браке, многие — в повторном; есть дети (чаще двое, от года до 12 лет), как от текущего, так и от предыдущих браков. Например, донор 1 — официальный брак, двое детей от двух предыдущих браков; донор 5 — второй брак, двое детей; донор 11 — двое детей от одного мужчины, с которым был перерыв в отношениях пять лет; донор 18 — в процессе развода с мужем, от которого двое детей; донор 24 — муж-инвалид, счастливый брак, трое детей, двое из которых общие. Решение о разводе(-ах) женщина опи-

мотива. Так, имеющиеся комментарии по требованиям реципиентов по уровню интеллекта и образования доноров выглядят так: «Этот запрос есть, но он не у всех пар, есть пары, которые делают на этом очень большой акцент, а есть пары, которых этот вопрос вообще не интересует» (Э4).

сывает как свою инициативу, вызванную недовольством поведением мужа в браке (измена, уклонение от выполнения родительских обязанностей, недостаточный уровень финансового обеспечения семьи). Образовательный уровень информантов-доноров — от среднего специального до двух высших; профессии чаще связаны со сферой услуг (есть пекарь, хореограф, директор, менеджер и др.).

Детство и отношения с родителями описываются как «нормальные», «хорошие», равно как и теплые отношения с братьями-сестрами. Однако уже во второй, уточняющей, фразе вскрывается, что безусловно «хорошим» можно назвать только дошкольный либо до-пубертатный период. Многие доноры сталкивались с алкоголизмом отцов, из-за чего реальные отношения существуют только с матерью. Типичный пример: «У меня были мама и папа, но папа у меня, мне было лет 11, он начал пить, выпивать, у него был алкоголизм, и собственно папа из моей жизни выпал, у меня была только мама» (Д5).

Алкоголизм тесно связан с прогрессирующим насилием в семье. Переход к физической агрессии со стороны одного из родителей — прямая причина переезда: «[Отец] был агрессивным сначала в сторону мамы, а потом, когда уже стал агрессивным в мою сторону, тогда уже она приняла решение, что мы должны переезжать» (Д5).

В аспекте нашего исследования важно отметить, что детство и отрочество многих доноров описывается ими как «одинокое», без особых интересов и хобби, выбор профессии случайный (Д1), проблемы в отношениях переживались в одиночестве: «Да, я переживала одна, потому что у меня с папой не было никакого контакта, с мамой не было особых доверительных отношений. Если ей что-то говоришь, она так: “Ну, бывает”, и все» (Д5).

В результате складывается ситуация, при которой круг поддерживающих отношений, т. е. человеческих ресурсов, донора ограничен: часто родители донора и отец ее ребенка представляют собой взаимоисключающие элементы.

*Ну, так как первая беременность и мама побоялась, что вдруг потом не сможем больше детей иметь, приняли решение оставить.*

— Мама побоялась, приняли решение коллективное?

— *Ну, я тоже как бы не хотела выбирать в силу моего возраста. Мне было на тот момент еще 17 лет. То есть в любом случае слово было за мамой. То есть мы с ней переговорили… и как бы лучше оставить.*

— А ваш партнер на тот момент что думал?

*— Честно, я его даже не спрашивала. Я просто поставила его перед фактом и все* (Д1).

Дети и семья — безусловная ценность доноров. Участие в программе донации, личный опыт наблюдения за эмоциями реципиентов (в здании той же клиники) усиливают ощущение ценности материнства, но, по уверениям доноров, не формируют его, так как это уже важная часть их ценностного мира.

*Все ходишь, сдаешь, смотришь, сидят пары, кто-то радостный приходит с цветами, кто-то уходит. Конечно, это очень такие неприятные ситуации, когда кто-то не с цветами приходит, а кто-то выходит со слезами. Очень страшно становится, но мы и так, как сказать, не первый год долго старались, витамины пили, то есть у меня и так есть ценность детей. Кому-то легко, просто далось, и кто-то может не планировал, не ожидал. А я еще с первым мужем задумалась, но человек был не подходящий. И поэтому в принципе только вот эта ценность, но она у меня всегда была* (Д2).

Осознание этой ценности пришло ко многим донорам «явочным порядком»: через раннюю беременность и роды, часто в ситуации, когда партнер прервал отношения из-за беременности. В лучшем случае молодую мать поддержали родители: «Меня родители поддержали. Я рассказала, конечно же, маме пришла, куда я, как это я могу принимать такое решение самостоятельно. Мама сказала: “Нет, будем рожать и поможем”» (Д3). В худшем — пришлось выходить из положения самостоятельно, этап за этапом переживая обиду: и за собственную оставленность, и за детство ребенка, лишенного отношений с отцом:

*Да, мне было очень больно, я до сих пор помню эти слова, которые он мне сказал. Когда меня выписали с роддома, он видел дочь, посмотрел холодно и все… Мне было очень больно и обидно больше всего не за себя, что как бы… ни в чем же ребенок не виноват, что, допустим, возможно ты со мной не хочешь отношений, но ребенок ни в чем не виноват. Было обидно за нее, что как бы вот она пошла в садик, у других детей — полная семья: мама, папа, у нее — неполная семья. <…> Я до такой степени обиделась, что я даже отчество не дала его, я дала папино отчество ребенку. И она каждый день спрашивала: «Я пойду, найду его, где он, как он». Это меня, наверное, сломало, я решила ему написать, так бы не написала никогда* (Д3).

В беседе с женщинами психолог формулирует, на наш взгляд, важную мысль, переводя первое впечатление от «сложной» семейной жизни доноров как недостаточно осознанной (два-три брака к 27–30 годам) в разряд *ресурсов* донорства, указывая на способность женщин-матерей расставлять приоритеты (дети и собственное ментальное здоровье), сохраняя отношения с «бывшими» или выстраивая их заново после крушения очередного семейного проекта.

Итак, рассказ информанта о прошлом — важная нарративная позиция, которая конструирует в глобальном смысле всю дальнейшую коммуникативную ситуацию: здесь формируется минимально необходимое для беседы доверие, устанавливается эмоциональный контакт и та «глубина резкости», которая позволяет эксперту вынести ответственное решение о рекомендации кандидата в доноры. Прошлое донора — это то, что он не может изменить, но может по-разному представить, поэтому рассказ о нем — важная характеристика личности в целом, а не только конкретных обстоятельств жизни в прошлом.

### *Ответственность и опора на собственные ресурсы*

Главное открытие нового — материнского — статуса, по словам доноров, связано не столько с ожидаемой любовью к новорожденному (хотя не все они «инстинктивно» получают ее в первые минуты после родов), сколько с обострившимся чувством ответственности, т.е. с тем, от чего часто бегут их несостоявшиеся мужья и партнеры:

> *Я осознала, что это ответственность, что это не просто. Во время беременности не было такого, потому что может в силу возраста, в силу того что, может, я не знала, что это такое. Ну, ляля и ляля, так мило, приятно. А когда она уже родилась и первая бессонная ночь, и я такая: «Ага, вот оно, что такое».*
>
> — А папа ее как себя вел?
>
> — *Ну, безответственно. В голову же не залезешь к человеку, что у него на уме. Ну, он более как-то холодный. В основном все на словах. То есть даже до сих пор он как бы на словах: «Это моя дочь», а по факту для неё ничего. То есть посидеть с ней для него это была проблема всегда, если даже элементарно выйти в магазин — бери и иди. То есть как-то он не очень.*
>
> — Вы ответственная, он безответственный?
>
> — *Да, мы поэтому и разошлись* (Д1).

Ответственность за ребенка налагает ограничения, с которыми приходится мириться: «Мужчинам все равно, которые появлялись, им нужно

было внимание, все равно, с ними куда-то сходить, съездить и так далее. У меня ребенок маленький, я не могу дать им это внимание, потому что у меня ребенок всегда был на первом месте» (Д3).

Большинство донорских нарративов объединяет *многосоставность* биографии, которая просматривается, даже несмотря на то что увлеченных «рассказчиков», да еще и в ситуации психологической диагностики, среди них немного. Многосоставность касается не только семейной истории, но и трудовой биографии. Объединяющим моментом при этом мы видим *самостоятельность*, которая характеризует взрослые решения женщины-донора, часто после пережитого кризиса первой беременности и родов. Какие стратегии они используют при этом?

Поиск вариантов и надежда на лучшее может реализовываться через активное строительство, но чаще через использование ресурсов «на расстоянии вытянутой руки»: например, новый муж — друг бывшего / либо сосед по дому, ребенок жены не пугает нового мужа, потому что у него тоже есть ребенок от предыдущего брака либо он в принципе не склонен «заморачиваться» излишней заботой и ответственностью.

Итак, информанты с неоднократным опытом донации — это женщины, как правило, пережившие ситуации дефицита ресурсов, поэтому рассчитывать (только) на свои силы — вполне естественный мотив их автобиографического нарратива. В их опыте брак — не решение материальных проблем, а часто усугубление их, даже при наличии детей:

> *Он был как третий ребенок для меня, откровенно говоря. Это человек, за которым нужно смотреть все время, финансово давать какие-то деньги, он с меня их тоже просил, требовал периодически на проезд, на поесть, еще что-то. <…> Плюс он морально в плане… просил с меня супружеский долг, в плане интима, я уже была такая за день вся уставшая, что мне было вообще не до этого. И мне стало легче, потому что я стала одна быть с детьми, у меня не ответственности за третьего человека взрослого мужчину, мне не нужно никого тащить, ни перед кем оправдываться. У меня есть два ребенка, и прекрасно, замечательно* (Д5).

Текущие отношения с матерями у большинства доноров выстроены со взрослой позиции, где ожидание поддержки от них сменилось пониманием обстоятельств:

> *Мы живем сейчас вместе, я тоже могу с ней чем-то поделиться, но это только сейчас, наверное, полгода как, а до этого нет, я не видела*

*в этом смысла, потому что с ее стороны поддержки не было, а зачем мне делиться с человеком, от которого не получаю поддержку*? (Д5).

При этом позиция жертвы, реализуемая некоторыми матерями доноров, осознается донорами-дочерями и не принимается в отношении себя (как минимум у двоих). Также доноры признают, что проблемы их детско-родительских отношений во многом определяют способ выстраивания межличностных отношений во взрослой жизни.

Таким образом, дефицит поддержки и ресурсов — те состояния, с которыми доноры научились справляться во взрослой жизни. Снижать зависимость от (возможно, ненадежного) партнера — их выбор и в их представлении — шаг вперед, а не в неизвестность, поэтому на вопрос психолога о возможных рисках со стороны партнера одна из доноров отвечает, смеясь: «Если бы даже так случилось, я уверена в себе» (Д3). В силу этого согласие/несогласие партнера не является решающим фактором при принятии решения о повторном/неоднократном донорстве: если супруг есть, то «к его мнению прислушиваются», но вряд ли более. При этом тактика уклонения от прямого конфликта — «сила слабых» — сохраняет актуальность: «Может быть, это правильно или неправильно, я всегда выслушаю, всегда скажу, что да, хорошо, так сделаю, но делаю всегда по-своему. Не знаю, это правильно или нет, но вот так у меня уродилось» (Д6). По словам эксперта, работающего с донорами, их типичный ответ: «с мамой делятся, с супругом не делилась, потому что априори знают, что супруг будет против» (Э3). В свою очередь, женщины не только не разочарованы тем, что их супруги не останавливают их на пути зарабатывания денег с вероятным риском для женского здоровья, но и вообще не ожидают от них такой реакции («даже не думали об этом»).

### *Финансовое вознаграждение: мое или наше?*

Свою потребность в деньгах доноры оценивают как естественную, вызванную их жизненной ситуацией: рождением детей, разводом, болезнью мужа. Некоторые из них до рождения детей занимали хорошие должности и имели хороший постоянный доход. Их потребность в деньгах — это не катастрофа, при которой требуется «сдать себя на органы». Скорее участие в программе донации — возможность обеспечить себе прежний уровень доходов теми средствами, которые (стали) доступны в нынешнем положении.

*Трое детей, у меня зарплата 15 тысяч, муж-инвалид, пособий не хватает, я говорю: «Пойду суррогатной мамой, буду заполнять все*

*анкеты, которые есть вообще в Екатеринбурге». Я заполнила анкеты, меня пригласили в клинику, сказали, что вы в принципе неплохой как на суррогатство, так и на донора. Я говорю: «Пойдем во все программы, которые есть». И пришла, сказала об этом Славе. Слава сказал: «Ты уверена вообще в своих действиях?» Я говорю: «100 %». Он говорит: «Ну, давай делай». Все.*

— А в чем вы были уверены?

— *Что я могу, если мое здоровье позволяет, кому-то помочь, и при этом я могу получить для себя что-то, то почему бы нет* (Д6).

Анализируя язык донорства, А. Курленкова отмечает противоречивость концепта альтруистического донорства в качестве образцового: он призван противостоять той реальности, в которой поток донорских органов следует современным маршрутам капитала: с Юга на Север, от богатых к бедным, от черных и коричневых к белым (Курленкова 2016: 114–117). Считается, что коммерческое донорство может подрывать способность человека в нужде рационально принимать решения относительно собственного здоровья и взвешивать риски. Все наши доноры здраво оценивают свою деятельность как коммерческую, но проектную, ограниченную во времени и в количестве процедур, хотя их представление о безвредности для здоровья и отличается от озвученного медиками в экспертных интервью.

Решать финансовые проблемы самостоятельно — уже сформировавшаяся практика доноров:

*Я такой человек, я не могу просить деньги, когда я могу их сама где-то заработать. Если я, допустим, сама воспитывала дочь одна и не просила у родителей деньги, они платили за квартиру, кормили, грубо говоря, какие-то такие моменты, за садик, одеть ребенка, какие-то подарки, развлечения, это все я сама* (Д3).

Финансовая независимость женщины — более надежная стратегия для доноров, нежели надежда на обеспечение со стороны партнера/мужа:

*Я считаю, что женщина должна быть независимой финансово от мужчины, потому что ситуации бывают разные. То есть, не знаю, сегодня любит и уверен на 100 %, а через десять лет получилось так, что, ну, всякое бывает, влюбился. И ты сидишь, никогда не работала, не знаешь, что делать. Я считаю, что женщина должна работать. Не именно работать, а может она занимается каким-нибудь бизнесом,*

*хоть чем, но у женщины должна быть своя подушка безопасности, свой заработок* (Д2).

Информацию о возможности заработка через донорство почти все женщины описывают как случайную (хотя заполнение анкеты, требующее определенного времени и усилий, свидетельствует о целенаправленности действий):

*Я лазила в интернете, увидела анкету. Там была анкета, если хотите, то можете попробовать. Я ради шутки попробовала, заполнила, отправила и забыла. И через время, где-то через полгода, мне написали из центра репродукции: «Не хотели бы вы попробовать?» Не знаю. То есть я задумалась, мне сказали, что денежная компенсация* (Д1)[1].

В среднем медицинские центры Екатеринбурга предлагают 65 тыс. руб. за участие в протоколе донорства ооцитов и около миллиона рублей — за программу суррогатного материнства.

Каковы основные направления расходования полученных средств? Несмотря на то что среди заявленных мотивов донорства финансовое вознаграждение = «собственные деньги» («Мое — это то, что я сама заработала, и это мое» /Д1/), некоторые ответы позволяют судить о том, что чаще всего эти деньги пополняют общий семейный бюджет («…планы есть в семью вложить. Свои деньги у меня есть. Я пособия декретные получаю, все нормально. Я еще вышла на 0,5 ставки, чтобы были у меня свои деньги также, я работаю» /Д2/). Причем при таком раскладе право решающего голоса не всегда принадлежит женщине-донору[2]. Например, вознаграждение может пойти на оплату обучения по специальности («я очень хотела пройти это обучение. И прошла его») или стать «вкладом в мое дело». Однако нередки и другие истории:

— А куда вы гонорар вложили?
— *Машину купили*.

---

[1] Специалисты коммерческих клиник, опрашивающие женщин о каналах получения информации, сходятся на определенной случайности этого выбора: «Это либо корпоративные, либо те, кто услышал от подруг, я бы не сказала, что кто-то ищет целенаправленно подонировать сходить» (Э3). При этом использование глагола «подонировать», даже окказионально, скорее, свидетельствует в пользу многочисленности подобных эпизодов.

[2] Оговоримся, что по понятным причинам эта тема только вскользь затрагивалась в интервью.

— Машину купили. Совместную?

— *Да.*

— Он тоже на ней ездит?

— *Ну, в основном он на ней и ездит.*

— Ну, это не предмет такой экстренной необходимости?

— *Она нужна была для работы той, и ему.* <…>

— И он вам не сказал: «Не ходи, я все вложу, все брошу, но я тебе заработаю на эту машину, которая нужна для работы»?

— *Я понимаю, что у него не получится. Он не сможет.*

— Он не сможет. И вы это принимаете нормально?

— *Конечно, хотелось бы большего, лучшего, но есть как есть* (Д1).

Описывая психологу свою текущую финансовую и жилищную ситуацию, донор в виде обратной связи, через уточняющие вопросы, нередко получает подтверждение/знание о ее уязвимости.

— Ваши дети прописаны у ваших родителей, в то время как у них есть официальный отец. <…> И получается так, что ни у вас, ни у ваших детей нет ничего своего. <…> У вас есть мужчина, который вроде бы, да, отец, и когда он принял на себя эти обязательства, он вроде бы должен думать о том, что у его детей должен быть хотя бы какой-то свой угол. Нет?

— *Должен думать.*

— А вам-то как кажется? Как бы норма жизни для вас?

— *Сейчас, видимо, да. Пока…*

— А почему? Вы не заводили с ним такой разговор?

— *Нет, я постоянно завожу с ним разговор, и наш разговор заканчивается ссорой* (Д2).

Таким образом, на практике коммерческая составляющая донорства мотивируется стремлением женщины к финансовой самостоятельности, однако средства чаще пополняют семейный бюджет на правах обычного заработка, тем самым служа скорее ситуативным подкреплением уверенности женщины в собственной способности заработать деньги, нежели возможностью создать реальную «подушку безопасности».

### *Круг посвященных: реклама и стигматизация*

Круг посвященных в знание об участии женщины в донорской программе, крайне ограничен: в подавляющем большинстве случаев это муж, подруга или/и мама. Доноры видят свое участие в репродукции как

частный проект, касающийся их личного здоровья и финансов: «Это мое личное здоровье, я не считаю важным рассказывать в 27 лет, что я делаю» (Д5); «мы на темы личного здоровья не общаемся», «моменты здоровья я ни с кем не обсуждаю» и др. — и не готовы расширять контекст до «общественно значимой деятельности», хотя альтруистическая составляющая и упоминается ими и, по их ответам, входит в само понятие донорства[1].

Реакции доноров на вопросы психолога, побуждающего их оценить собственную деятельность как успешную и общественно признанную, либо конформистки принимают эту позицию, либо — не менее чем в половине случаев — наталкиваются на разные формы уклонения и сопротивления более широкой огласке:

— *Донорство ооцитов я бы, наверное, и не скрывала. Не то, чтобы я скрываю, я об этом просто не говорю. Для чего.*

— Тем не менее, вы опасаетесь об этом говорить. Ну, я так думаю.

— *Это не опасение. Просто не считаю нужным.*

— Не считаете нужным...

— *Это моя жизнь, мое решение. Зачем мне об этом кому-то говорить* (Д1).

Доноры-информанты, будучи практиками, а не миссионерами донорства, могли бы сказать, что в обществе нет площадок и языка / разработанного дискурса, чтобы внятно и спокойно рассказать о своем опыте как положительном. В их интервью это звучит несколькими мотивами. Точкой отсчета служит суррогатное материнство, гораздо чаще привлекающее общественное внимание: наблюдая реакцию на него, доноры частично переносят ее и на себя, не спеша обнародовать свой вклад в ВРТ. Если с осуждением донорства многие не сталкивались, то относительно сур-

[1] Е.В. Якимова пишет о донорстве органов как о нетрадиционных системах альтруизма, характерных именно для нового тысячелетия. Эмпатия и альтруизм рассматриваются в ее статье как нормативные формы социального поведения и адаптации и даже умножения социального капитала (Якимова 2014). Испанские исследователи отмечают, что альтруистическая и финансовая мотивации донора существуют одновременно и представляют собой динамический процесс, в котором важно, какая из них является стартовой для конкретной женщины, поскольку по мере включения в протокол доноры начитают ощущать, что весь процесс, включая болезненные уколы, затраченное время и др., довольно неудобен и денежная компенсация весьма уместна (Курленкова 2016: 124). О сочетании инструментального, альтруистического и квазиродственного фреймов на рынке репродуктивного донорства см.: (Бердышева 2012: 77).

рогатного материнства доноры представляют социальный консенсус следующим образом:

*В принципе окружающие люди, очень многие, это воспринимают: «Да как так!» То есть люди не понимают всей сути и воспринимают так: «Ну, ты же под сердцем носила, ну как так можно!» <…> В интернете, когда с таким сталкиваешься, смотришь комментарии, люди пишут: «Фу»* (Д1)[1].

*…Я просто от нее слышала, что ей очень много говорили, что это очень плохо, это очень ужасно. «Ты отдаешь своего ребенка». <…> Из моего окружения, кому я это говорила, нет. То есть у меня наоборот заинтересовались практически все. Еще одна девочка ходила, но ей сказали, что недостаточный набор яйцеклеток, и лучше не надо. Кто-то просто послушал и все. С негативной реакцией не было* (Д2).

*Просто я говорю, что не готова в общество нести, потому что будет много вопросов, будут и хорошие, и плохие мнения, кто-то поддержит, кто-то не поддержит, а защищаться, оправдываться… Я не хочу, и время на это тратить, у меня сейчас вся загвоздка во времени. Мне реально сейчас не хватает времени, чтобы пожить* (Д7).

Высказывания экспертов о ситуации с продвижением услуг ВРТ и просвещением общества в широком смысле выдают погружение в профессиональную сферу: для медиков очевиден высокий запрос на услуги ВРТ и их несомненная оправданность. Сопротивление продвижению этой темы они чувствуют («такая реклама будет отторгать»), но объясняют это «деликатностью», «традициями», «страхом непонимания», увеличивающимся числом людей, «…которые действительно набожные такие, в церковь обращаются, они вообще же категорически против этого, раз, говорят, не дано, значит, не дано, это дело Божье, не нужно вмешиваться туда» (Э3). Между тем исследование Т.М. Крихтовой показывает активность женщин с проблемой бесплодия в отношении инструментализации именно религиозных практик и бесконфликтную кооперацию этих практик в сетевом пространстве: на площадке специализированного форума «Бебиблог» женщины не осуждают друг друга за неправильное посещение

[1] О стремлении к однозначности дискурсивных стратегий женщин-реципиентов, прибегающих к помощи врачей, чтобы иметь детей, и принижении значимости «помощников» в этом процессе см.: (Исупова 2014).

храма или непонимание христианских догматов, посещение монастыря не мешает участницами форума практиковать гадание на Таро, фэншуй и др. Участницы форума создают комфортный для себя мир, в котором авторитетами являются только они сами, причем все сразу (Крихтова 2020: 209, 216).

Итак, пока ситуация с продвижением донорских услуг в публичном пространстве выглядит как проблематичная с элементами парадокса[1]. С одной стороны, все стороны соглашаются с тем, что «общество еще (абсолютно) не готово»: сарафанное радио работает лучше и эффективнее, по мнению доноров и экспертов: «Они знают, что так можно заработать, с одной стороны, заработать, с другой стороны, благородному делу послужить, нельзя уж это так все сводить к заработку, потому что они понимают, что они дают шанс другим, которые не могут себе позволить удовольствие быть матерью» (Э1).

С другой стороны, существуют устойчивый спрос на услуги ВРТ, возможность выбора клиники для донора и реципиента и ряд интернет-ресурсов, которые содержат информацию о донорстве, включая сайты клиник и тематические группы в социальных сетях. Во всех историях доноров-информантов за случайным упоминанием возможности донорства, которое они получили в разговоре с врачом или знакомой/подругой, последовал их индивидуальный успешный поиск информации в интернете: «Я в клинике этой когда раньше была, я ездила к гинекологу просто, и зашла как-то к ним на сайт, решила посмотреть, увидела, что есть донор ооцитов, полистала, почитала, созвонилась и уже пришла непосредственно в клинику» (Д5).

Таким образом, стратегия участия в процессе без широкого афиширования, реализуемая большинством доноров, выглядит не только укорененной в их индивидуальном семейном опыте, но и максимально эффективной с точки зрения соотношения плюсов и минусов. Более того, такая стратегия согласуется и с основными трендами российской биополитики, где использование ВРТ при легких степенях бесплодия спонсируется государством, но скрывается реципиентами (Воронина 2019: 108).

---

[1] Одно из проявлений такого парадокса — «тихая революция» в понимании материнства, производимая ВРТ, на периферии информационного поля (см., например: Воронина 2019: 108). Другой эффект с элементами парадоксальности отмечает С. Морган, исследуя социальную коммуникацию: из телесюжетов о трансплантации зрители выносят не только расхожие представления о «тайнах черного рынка органов», но и знание о том, что нужно сделать, чтобы заявить о своем альтруистическом намерении стать донором (Morgan et al. 2009).

## Факторы профессионализации донорства

### *Плюсы и минусы донорства*

Опыт беременности и первой донации мы оцениваем как важнейший в истории становления профессионального донора. Все без исключения доноры оценивают свое состояние во время беременности как легкое, а опыт первой донации как удачный:

> — *Это было легко, это было прекрасно, был чудесный момент, я была прямо одушевлена этой беременностью.*
>
> — А когда ребенок родился что-то изменилось?
>
> — *Нет, тоже все было легко, хорошо, тепло, и в тот момент муж очень сильно помогал, и у меня этот период легко прошел*» (Д5).
>
> *Впервые я хотела девочку — у меня появилась девочка, второго я хотела мальчика — у меня появился мальчик. Как хотела, так и получилось* (Д1).

О выгодах участия в программе доноры готовы говорить развернуто: «О плюсах можно говорить бесконечно. Я говорю, что самое главное, что будет ребенок, новый член нашего общества, любимый, надеюсь, ребенок. Потом плюс, конечно же, в том, что помогаю я клинике» (Д7). В качестве аргументов «за» участие в донации они приводят материальное вознаграждение, альтруизм, а также полное обследование перед вступлением в протокол (Д2).

> *Плюсы донорства — это опять же новая жизнь, это самый главный плюс, это вознаграждение определенное денежное, тоже немаловажно я считаю. Плюсы — что при подготовке к программе ты проходишь определенных специалистов плюс проверяешь свое здоровье, я тоже считаю, что это немаловажно. Это три главных плюса* (Д5).

Играет роль и уровень сервиса медицинского центра ВРТ, поскольку такой уровень медицинских услуг недостижим для многих доноров по программе ОМС и привлекателен для них в качестве вложения в собственное здоровье.

> *Поначалу это был для меня один из… наверное, был главный мотив, да, потому что я очень люблю ходить, проверять себя, чтобы все было нормально <…> мне изначально нравилось УГМК, ну, нравится. По отзывам, по тому, как внутри все красиво, такое дорогое. Я там*

*не была, но предполагала, что все вежливые, хорошо <…> Радость, говорю, была что по здоровью все хорошо, все посмотрели, то есть генетика, такие всякие, что еще, внутри смотрели на камере, нет ли раковых этих, это было радостно, что все хорошо, потому что я бы сама… ну, и это дорого очень, накладно по финансам, я бы не пошла просто так без надобности это делать. А тут прошла, мне было радостно. Было радостно, что у кого-то скоро будет малыш. И, естественно, было радостно от финансового вознаграждения* (Д2).

К барьерам донорства можно отнести риски последствий для здоровья (обычно развеиваемые на консультации с медиками), такие как вероятность онкологии («меня пугало одно, но сейчас мне и тогда сказали, что нет, не вызывает раковых заболеваний, я спрашивала /Д3/), гиперстимуляция («я как бы не шибко боюсь. Люди, когда делают себе ЭКО, они же, грубо говоря, тоже стимулируют себя /Д3/), риски в отношении зачатия последующих детей («если не переусердствовать, конечно, то вроде бы никаких рисков не несет. Единственное, да, у меня был на несколько процентов, когда я сдавала, раз мы планировали еще одного ребенка, я спрашивала: “У меня еще получатся дети?”, сказали: “Да-да, это никак абсолютно не влияет”» /Д2/), дискомфорт в быту и опасение некоторых неизбежных процедур (например, общего наркоза на время пункции).

Нацелившись на участие в программе, доноры не склонны искать в ней минусы: «В минус — я не заметила вообще ничего» (Д3). «Не злоупотреблять», «не переусердствовать» — их главные называемые неформализованные ограничители. Для снижения тревожности доноры используют метод рутинизации, подыскивая привычные аналогии: «Это вредно, но то же самое как антибиотики пить при болезни, это же тоже вредно. Не настолько вредно, что угрожает твоему здоровью» (Д2), — и передоверяют ответственность за риски процедуры медикам: «Если бы мне сказали, что будет риск чего-то, то нет. Я бы не стала» (Д2).

Сами же медики высказываются гораздо более осторожно — «риски действительно есть», несмотря на низкий, около 2 % (Э4), процент осложнений после процедуры:

*Предмет мало изучен, конечно, но судя по тому, как занимаются доноры этим, все-таки стимуляция таким количеством гормонов не может быть безразличной, если ее повторять раз за разом, поэтому сказать, что это замечательно, здорово, хорошо для здоровья, я не могу. Все равно это лечебная процедура, это серьезная процедура*

*с использованием гормонов, нескольких видов гормонов, плюс еще оперативное вмешательство* (Э1).

### *Донорство как проектная деятельность*

С точки зрения позиционирования на рынке донорство, даже профессиональное, — это типичная проектная деятельность. Некоторые женщины определяют его именно таким образом, а в их рассказах о местах трудоустройства донация лишь одна из возможностей заработать, ограниченный временем и ситуацией проект между работой официантом, менеджером по продаже пластиковых окон, банковским служащим на полставки, после переезда, во время отпуска по уходу за ребенком и др. Особенность его в том, что, будучи запущен, он почти неизбежно движется к своему успешному финалу — «тут уж никак по-другому».

Данная деятельность, безусловно, требует особого психологического склада и настроя. Характеризуя себя, доноры нередко используют слова и выражения, которыми описывают себя как людей, умеющих терпеть, прятать негативные эмоции, гасить конфликты, «отпускать» и прощать: «Я почему-то никогда не зацикливаюсь прямо на сильных таких переживаниях вообще. Что как бы расстались и расстались, я могу там попереживать месяц-два и… на этом все» (Д3). При этом «жизнь в режиме регламента» привычна и комфортна — «сделать все за две минуты»: одного покормить, другого собрать (Д2).

Результаты тестов и опыт интервьюирования доноров свидетельствуют о том, что эти качества опираются на отсутствие акцентуаций характера. Проще говоря, доноры в целом не отличаются повышенной эмоциональностью. Их нарративы скорее подтверждают непосредственное впечатление психолога от общения: информантки испытывают замешательство, говоря о чувствах в прошлом и настоящем: — Когда оба раза это заканчивались, какие чувства вы испытывали? — *Никакие, я жила просто дальше обычной жизнью, обычные хорошие чувства* (Д5), — не склонны драматизировать ситуацию, тревожась при мыслях о будущем и др.: «Ну, будет и будет. Случится и случится» (Д5); «Я как-то быстро отпускаю… вообще по жизни иду, что главное здесь, сейчас, другого быть не может. Вообще в принципе размышлять — это не мое» (Д6).

Способность «не зацикливаться» обеспечивает эмоциональную устойчивость в непростых этически ситуациях, позволяя всегда находиться в «здесь и сейчас», т.е. является ресурсной базой для профессионализации донорства.

Специфика «донорского проекта» состоит в том, что его сложно нарративно «вписать» в трудовую биографию, и даже в автобиографию

в целом. Все, что касается обстоятельств вступления в программу и практики участия в ней, поддается рассказу лучше последствий — самого факта рождения/не рождения ребенка из донорской яйцеклетки, и отношения к нему со стороны доноров и других участников. Проблематика (не)анонимного донорства, обнаруживаемая при анализе наших интервью, но остающаяся за пределами статьи, показывает, что группа доноров ооцитов может оставаться в «тени дискурса» сколь угодно долго, более того, для доноров отмечаемая исследователями ситуация «замалчивания» их вклада в семью реципиентов имеет ряд скрытых преимуществ, которые требуют специального рассмотрения.

## Заключение

Таким образом, экспертное сообщество практикующих врачей-репродуктологов ожидаемо сосредоточено прежде всего на физических параметрах доноров. С одной стороны, врачи руководствуются приказом Минздрава относительно здоровья женщин, с другой — запросами реципиентов относительно внешности. Репродуктологи заинтересованы в наличии опыта донации у женщин, поскольку это позволяет эффективнее удовлетворить спрос на донорские ооциты. Отсев доноров, проводимый репродуктивными центрами, нацелен прежде всего на снижение возможных рисков для клиники (к примеру, нерожавших женщин в протокол берут неохотно). Все остальные моменты: социальное положение, эмоциональная составляющая, отношение к процедуре партнера и близкого окружения и др., — для врача либо остаются за кадром, либо в лучшем случае делегируются психологу / агентству по подбору доноров. С этой точки зрения профессионализация донорства ооцитов привлекательна и оправдана, но ограничена физиологическими моментами — не более 4–6 донаций в течение жизни (в случае, если их количество удается отследить и учесть).

Что касается доноров, то диапазон их чувств, мыслей, переживаний, сомнений, рассуждений гораздо шире. Женщина, неоднократно участвующая в программах донации ооцитов, с необходимостью встраивает их в свою жизнь как на уровне физическом, так и в гораздо большей степени на уровне ценностном, моральном, эмоциональном. Эта деятельность по пересборке «документа жизни» обязательно вовлекает в свою орбиту партнера/супруга донора, близких родственников, детей, близких родственников, возможно, коллег. Период стимуляции длится около двух недель, предполагает ежедневный прием гормональных препаратов, несколько контрольных приемов у врача. Тем не менее все наши доноры почти не упоминали в своих рассказах о физическом недомогании. Никто

из них не ждал и не требовал в эти дни какой-то особенной поддержки от супруга и близких. Практически все рассчитывали только на свои силы, как, впрочем, и во всех других жизненных ситуациях.

Вопреки стереотипизированным представлениям о том, что доноры в репродукции состоят из женщин, пытающихся решить свои финансовые трудности за счет физиологических ресурсов, в автобиографических нарративах доноры предстают как субъекты своих жизненных решений, руководствующиеся более тактикой, нежели стратегией, умеющие принимать реальные трудности и подстраиваться под ситуацию на уровне практик, а не деклараций, сохраняющие свои базовые ценности, среди которых прежде всего забота о детях и самостоятельность. Участие в протоколе донации видится им как привлекательный проект, «теневое» положение которого в публичном поле их в целом устраивает.

**Список информантов, интервью с которыми использованы в статье**
(г. Екатеринбург, Россия)

| Номер | Возраст | Образование | Семейное положение | Наличие детей | Опыт донорства в репродукции |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 32 | среднее-специальное | в третьем браке | 2 | 1 — донорство ооцитов, 1 — суррогатное материнство (двойня) |
| 2 | 29 | высшее | в браке | 2 | 2 — донорство ооцитов |
| 3 | 30 | незаконченное высшее | в браке | 2 | 2 — донорства ооцитов |
| 4 | 34 | высшее | в разводе | 1 | 3 — донорство ооцитов, 2 — суррогатное материнство (две двойни) |
| 5 | 27 | три высших | в разводе | 2 | 2 — донорства ооцитов |
| 6 | 30 | среднее-специальное | в браке | 3 | 4 — донорство оцитов, 1 — суррогатное материнство (1 ребенок) |
| 7 | 33 | высшее | в браке | 2 | 2 — донорство ооцитов |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 30 | среднее | в разводе | 2 | 2 — суррогатное материнство (1 аборт, 1 ребенок) |
| 9 | 34 | высшее | в браке | 3 | 3 — донорство ооцитов |

**Список экспертов, интервью с которыми использованы в статье**
(г. Екатеринбург, Россия)

| Номер | Пол | Должность | Государственный/ частный центр |
|---|---|---|---|
| 1 | ж | Заведующая отделением ВРТ | государственный |
| 2 | ж | Врач-репродуктолог | государственный |
| 3 | ж | Ответственная за работу с донорами ооцитов | коммерческий |
| 4 | м | Заведующий отделением ВРТ | коммерческий |

## Литература

Бауман З. (2005) *Индивидуализированное общество.* Пер. с англ. под ред. В.Л. Иноземцева. М.: Логос.

Башмакова Н.В., Полякова И.Г., Мазуров Д.О., Сыманюк Э.Э. Особенности мотивации и рекрутинг доноров ооцитов: клиника vs донор. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*, 2023; 22(1): 40–45. https://doi.org/10.20953/1726-1678-2023-1-40-45.

Бердышева Е.С. (2012) От критики к аналитике: коммодификация жизненно важных благ как актуальная исследовательская проблема в новой экономической социологии. *Экономическая социология,* 13(1): 67–85.

Воронина О.А. (2018) «Новое» материнство: философско-антропологический взгляд. *Философская школа. Гендерные исследования*, 6: 104–109. https://doi.org/10.24411/2541-7673-2018-10647.

Голофаст В. (1997) Три слоя биографического повествования. Воронков В., Здравомыслова Е. (ред.) *Биографический метод в изучении постсоциалистических обществ.* СПб.: ЦНСИ: 23–26; 130–143.

Готлиб А.С. (2013) Анализ нарративов в социологии: возможности и проблемы исследования. *Международный журнал исследований культуры,* 1(10): 9–14.

Граматчикова Н.Б., Полякова И.Г. (2023) «Танго вдвоем»: женские интервью в клинической репродуктивной практике. *Quaestio Rossica* (в печати).

Исупова О.Г. (2014) Роды как ценность в интернет-дискурсе субфертильных женщин о донорстве яйцеклеток и суррогатном материнстве. *Журнал исследований социальной политики,* 12(3): 381–395.

Квале С. (2003) *Исследовательское интервью.* М.: Смысл.

Крихтова Т.М. (2020) Религиозная составляющая внемедицинской инструментализации репродукции: Зачатьевский монастырь в нарративах пользовательниц родительского форума «Бебиблог». *Журнал социологии и социальной антропологии,* 23(1): 198–222. http://doi.org/10.31119/jssa.2020.23.1.7.

Курленкова А.С. (2016) Когда язык имеет значение: от донорства яйцеклеток к рынкам ооцитов. *Социология власти,* 1(28): 107–140.

Ломакин И.В. (2019) Чайлдфри или добровольно бездетные? К переопределению концептуального поля исследований не-родительства в России. *Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены,* 6: 394–436. https://doi.org/10.14515/ monitoring.2019.6.20.

Русанова Н.Е. (2008) *Репродуктивные возможности демографического развития.* М.: Спутник.

Ткач О.А. (2013) «Наполовину родные»? Проблематизация родства и семьи в газетных публикациях о вспомогательных репродуктивных технологиях. *The Journal of Social Policy Studies,* 11(1): 50–8.

Широков А. (2019) «По-русски говорите»: сообщение информации и обратная связь во взаимодействии врача-генетика и пациента. *Laboratorium: журнал социальных исследований,* 11(2): 125–148. https://doi.org/10.25285/2078-1938-2019-11-2-125-148.

Якимова Е.В. (2014) Альтруизм как форма просоциального поведения в контексте западной социально-психологической теории XXI в. Ефременко Д.В. (ред.) *Социальная солидарность и альтруизм: социологическая традиция и современные междисциплинарные исследования*: Сб. науч. тр. М.: ИНИОН: 222–247.

Blyth E., Crawshaw M., Frith L., van den Akker O. (2017) Gamete donors' reasons for, and expectations and experiences of, registration with a voluntary donor linking register. *Human Fertility,* 20(4): 268–278. https://doi.org/10.1080/14647273.2017.1292005.

Foret F., Bolzonar F. (2021) How the European union deals with surrogacy. Birth without borders as a driver of value conflicts? *Gender, Technology and Development,* 25(2): 131–145. https://doi.org/10.1080/09718524.2021.1933347.

Hogan R.G., Hammarberg K., Wang A.Y., Sullivan E.A. (2021) "Battery hens" or "nuggets of gold": a qualitative study on the barriers and enablers for altruistic egg donation. *Human Fertility,* 1–15. https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1873430.

Morgan S., Movius L., Cody M. (2009) The power of narratives: The effect of entertainment television organ donation storylines on the attitudes, knowledge and

behaviors of donors and nondonors. *Journal of communication, Oxford,* 59(1): 135–151.

Pennings G., de Mouzon J., Shenfield F., Ferraretti A.P., Mardesic T., Ruiz A., Goossens V. (2014) Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries. *Human Reproduction,* 29 (5): 1076–1089. https://doi.org/10.1093/humrep/deu048.

Platts S., Bracewell-Milnes T., Saso S., Jones B., Parikh R., Thum M.-Y. (2019) Investigating attitudes towards oocyte donation amongst potential donors and the general population: a systematic review. *Human Fertility,* 1–13. https://doi.org/10.1080/14647273.2019.1602736.

Purewal S., van den Akker O.B.A. (2009) Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Human Reproduction Update,* 15(5): 499–515. https://doi.org/10.1093/humupd/dmp018.

Resnik D.B. (2015) Bioethical issues in providing financial incentives to research participants. *Medicolegical. Bioethics,* 5: 35–41. https://doi.org/10.2147/MB.S70416.

Salomé Lima N., Álvarez Plaza C., Cubillos Vega C. (2019) Donantes de ovocitos: análisis comparativo de dos muestras de Argentina y España sobre perfil de donantes, motivaciones y anonimato. *Política y Sociedad,* 56(3): 603–622. https://doi.org/https://doi.org/10.5209/poso.59726.

Samorinha C., de Freitas C., Silva S. (2021) Donor-centred care: the facilitating and constraining factors experienced by gamete donors in a public bank. *Human Fertility,* 1–12. https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1962987.

## PROFESSIONALIZATION OF DONATION IN REPRODUCTION: A NARRATIVE ANALYSIS OF LIFE STORIES

***Natalya Gramatchikova*** [a]

***Irina Polyakova*** [b] (irinapolykova@yandex.ru)

[a] Institute of History and Archeology, Ural Branch of the Russian Academy of Sciences, Ekaterinburg, Russia

[b] Ural Federal University, Ekaterinburg, Russia

**Citation:** Gramatchikova N., Polyakova I. (2023) Professionalizatsiya donorstva v reproduktsii: narrativnyy analiz zhiznennykh istoriy [Professionalization of donation in reproduction: a narrative analysis of life stories]. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 26(3): 149–180 (in Russian). https://doi.org/10.31119/jssa.2023.26.3.6. EDN: ZGHRKE

**Abstract.** The formation of the institution of donation in the field of assisted reproductive technologies (ART) leads to the fact that some women participate in the procedure of oocyte donation and surrogacy (or both) repeatedly, i.e., they receive a certain experience

of professionalization in this area. The material of the article is 9 in-depth semi-structured interviews with women who had more than two-time experience of oocyte donation and/or surrogacy, as well as 4 expert interviews with specialists in the field of ART. The authors focus on two research questions: how do donors construct an autobiographical narrative in which the history of regular donation fits in, and how do donors see the parameters of the emerging professional field that they must comply with, i.e. how donor narratives correlate and interact with external discursive frameworks. Finding answers to these questions involves a qualitative analysis of interviews with donors and physicians. The internal dynamics of the situation with professional donation today is also determined by the fact that the interest in the stability and predictability of "donors with good experience", which has a material expression (reward), turns into a "conveyor belt effect" for the participants themselves, contrary to the values of increasing self-esteem and social status, which, in addition to money, serve as a powerful incentive for long-term participation in the program for female donors. The material and conclusions of the article are of interest to all specialists working in the field of reproductive medicine, as well as to specialists in the field of promoting this product on the market.

**Keywords:** oocyte donation, reproductive medicine, surrogacy, professional donor, narrative, interview.

**References**

Bauman Z. (2005) *Individualizirovannoe obshchestvo* [The Individualized Society]. Moscow: Logos (in Russian).

Bashmakova N.V., Polyakova I.G., Mazurov D.O., Symanyuk E.E (2023) Osobennosti motivacii i rekruting donorov oocitov: klinika vs donor [Characteristics of motivation and recruitment of oocyte donors: clinic vs donor]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*, 22(1): 40–45. https://doi.org/10.20953/1726-1678-2023-1-40-45 (in Russian).

Berdysheva E.S. (2012) Ot kritiki k analitike: kommodifikatsiya zhiznenno vazhnykh blag kak aktual'naya issledovatel'skaya problema v novoi ekonomicheskoi sotsiologii [From criticism to analytics: commodification of vital goods as a current research problem in the new economic sociology]. *Ekonomicheskaya sotsiologiya* [Economic Sociology], 13(1): 67–85 (in Russian).

Blyth E., Crawshaw M., Frith L., van den Akker O. (2017) Gamete donors' reasons for, and expectations and experiences of, registration with a voluntary donor linking register. *Human Fertility,* 20(4): 268–278. https://doi.org/10.1080/14647273.2017.1292005.

Foret F., Bolzonar F. (2021) How the European union deals with surrogacy. Birth without borders as a driver of value conflicts? *Gender, Technology and Development,* 25(2): 131–145. https://doi.org/10.1080/09718524.2021.1933347.

Golofast V. (1997) Tri sloya biograficheskogo povestvovaniya [Three layers of biographical narrative]. In: Voronkov V., Zdravomyslova E. (eds.) *Biograficheskii metod v izuchenii postsotsialisticheskikh obshchestv* [Biographical method in the study of post-socialist societies]. St. Petersburg: CISR: 23–26; 130–143 (in Russian).

Gotlib A.S. (2013) Analiz narrativov v sotsiologii: vozmozhnosti i problemy issledovaniya. [Analysis of narratives in sociology: research opportunities and challenges].

*Mezhdunarodnyi zhurnal issledovanii kul'tury* [International Journal of Cultural Studies], 1(10): 9–14 (in Russian).

Gramatchikova N.B., Polyakova I.G. (2023) «Tango vdvoem»: zhenskie intervyu v klinicheskoj reproduktivnoj praktike. ["Tango for two": Women's Interviews in Clinical Reproductive Practice]. *Quaestio Rossica* (in print) (in Russian).

Hogan R.G., Hammarberg K., Wang A.Y., Sullivan E.A. (2021) "Battery hens" or "nuggets of gold": a qualitative study on the barriers and enablers for altruistic egg donation. *Human Fertility,* 1–15. https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1873430.

Isupova O.G. (2014) Rody kak tsennost' v internet-diskurse subfertil'nykh zhenshchin o donorstve yaitsekletok i surrogatnom materinstve [Childbirth as a value in the online discourse of subfertile women about egg donation and surrogacy]. *Zhurnal issledovanii sotsial'noi politiki* [Journal of Social Policy Research], 12(3): 381–395 (in Russian).

Krikhtova T.M. (2020) Religioznaya sostavlyayushchaya vnemeditsinskoi instrumentalizatsii reproduktsii: Zachatevskii monastyr v narrativakh polzovatel'nits roditelskogo foruma «Bebiblog» [The Religious Component of Non-Medical Instrumentalization of Reproduction: The Conception Monastery in the Narratives of Users of the Bebiblog Parent Forum]. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 23(1): 198–222. http://doi.org/10.31119/jssa.2020.23.1.7 (in Russian).

Kurlenkova A.S. (2016) Kogda yazyk imeet znachenie: ot donorstva yaitsekletok k rynkam ootsitov [When Language Matters: From Egg Donation to Oocyte Markets]. *Sotsiologiya vlasti* [Sociology of Power], 1(28): 107–140 (in Russian).

Lomakin I.V. (2019) Chaildfri ili dobrovol'no bezdetnye? K pereopredeleniyu kontseptual'nogo polya issledovanii ne-roditel'stva v Rossii [Childfree or voluntarily childless? Toward a redefinition of the conceptual field of non-parenting research in Russia]. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny* [Monitoring public opinion: Economic and social changes], 6: 394–436. https://doi.org/10.14515/monitoring.2019.6.20 (in Russian).

Morgan S., Movius L., Cody M. (2009) The power of narratives: The effect of entertainment television organ donation storylines on the attitudes, knowledge and behaviors of donors and nondonors. *Journal of communication,* 59(1): 135–151.

Pennings G., de Mouzon J., Shenfield F., Ferraretti A.P., Mardesic T., Ruiz A., Goossens V. (2014) Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries. *Human Reproduction,* 29(5): 1076–1089. https://doi.org/10.1093/humrep/deu048.

Platts S., Bracewell-Milnes T., Saso S., Jones B., Parikh R., Thum M.-Y. (2019) Investigating attitudes towards oocyte donation amongst potential donors and the general population: a systematic review. *Human Fertility,* 1–13. https://doi.org/10.1080/14647273.2019.1602736.

Purewal S., van den Akker O.B.A. (2009) Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Human Reproduction Update,* 15(5): 499–515. https://doi.org/10.1093/humupd/dmp018.

Quale S. (2003) *Issledovatel'skoe interv'yu* [Research interview]. Moscow: Meaning (in Russian).

Resnik D.B. (2015) Bioethical issues in providing financial incentives to research participants. *Medicolegical. Bioethics,* 5: 35–41. https://doi.org/10.2147/MB.S70416.

Rusanova N.E. (2008) *Reproduktivnye vozmozhnosti demograficheskogo razvitiya* [Reproductive possibilities of demographic development]. Moscow: Sputnik (in Russian).

Salomé Lima N., Álvarez Plaza C., Cubillos Vega C. (2019) Donantes de ovocitos: análisis comparativo de dos muestras de Argentina y España sobre perfil de donantes, motivaciones y anonimato. *Política y Sociedad,* 56(3): 603–622. https://doi.org/10.5209/poso.59726.

Samorinha C., de Freitas C., Silva S. (2021) Donor-centred care: the facilitating and constraining factors experienced by gamete donors in a public bank. *Human Fertility,* 1–12. https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1962987.

Shirokov A. (2019) «Po-russki govorite»: soobshchenie informatsii i obratnaya svyaz' vo vzaimodeistvii vracha-genetika i patsienta ["Speak Russian": communication of information and feedback in the interaction between a geneticist and a patient]. *Laboratorium: zhurnal sotsial'nykh issledovanii* [Laboratorium: Journal of Social Research], 11(2): 125–148. https://doi.org/10.25285/2078-1938-2019-11-2-125-148 (in Russian).

Tkach O.A. (2013) «Napolovinu rodnye»? Problematizatsiya rodstva i sem'i v gazetnykh publikatsiyakh o vspomogatel'nykh reproduktivnykh tekhnologiyakh ["Half family"? Problematization of kinship and family in newspaper publications on assisted reproductive technologies]. *The Journal of Social Policy Studies*, 11(1): 50–8 (in Russian).

Voronina O.A. (2018) «Novoe» materinstvo: filosofsko-antropologicheskii vzglyad. ["New" motherhood: a philosophical and anthropological view]. *Filosofskaya shkola. Gendernye issledovaniya* [Philosophical school. Gender Studies], 6: 104–109. https://doi.org/10.24411/2541-7673-2018-10647 (in Russian).

Yakimova E.V. (2014) Al'truizm kak forma prosotsial'nogo povedeniya v kontekste zapadnoi sotsial'no-psikhologicheskoi teorii XXI v. [Altruism as a form of prosocial behavior in the context of Western socio-psychological theory of the 21st century]. In: Yefremenko D.V. (ed.) *Sotsial'naya solidarnost' i al'truizm: sotsiologicheskaya traditsiya i sovremennye mezhdistsiplinarnye issledovaniya* [Social Solidarity and Altruism: A Sociological Tradition and Contemporary Interdisciplinary Research]. Moscow: INION: 222–247 (in Russian).