

# 社会性不孕:辅助生殖诊疗中的性别分化研究\*

■ 魏 舒

[内容提要]生育事件中充满了被性别关系所界定的分化,尤以不孕最为显著,女性由于生理结构和社会建构,多处于社会性不孕的境况。本文基于参与观察与深度访谈,探究了女性社会性不孕归因的生成以及对后续辅助生殖诊疗的影响。研究发现,女性社会性不孕往往由身体的污名和诊断的性别分化所造就,即使医学诊断不育的原因在于男性,女性依然会面临社会性不孕的境况,而女性的应对策略也会因家庭关系、社会经济地位与诊疗互助小组呈现异质性。

[关键词]生育 社会性不孕 性别 辅助生殖

## 一、问题的提出

生育事件与家庭、性别等话题密切相关。基于生物决定论,女性在生育问题中成为被讨论的主角,其中,以不孕的性别分化更为明显,女性往往因社会规范的制度设计承担更多不孕的责任。根据世界卫生组织最新发布的报告显示,全球不孕不育症的患病率为17.5%(Cox, et al., 2022),相当于每6人中就有1人在一生中经历过不孕不育症。中国不孕不育症的发生率则从2007年的12%上升至2010年的15%,到2020年已达18%左右(Qiao, et al., 2021)。即使是12%的发病率,基于中国14亿的人口总数,育龄期在20岁—45岁的夫妇,其不孕的人口数量也高达千万,情况不容乐观。

辅助生殖技术(assisted reproductive technology, ART)是人类辅助生殖技术的简称,指采用医疗辅助手段使不育夫妇妊娠的技术,主要包括人工授精(artificial insemination, AI)和体外受精-胚胎移植(in vitro fertilization and embryo transfer, IVF-ET),也称作“试

---

魏舒:西北农林科技大学人文社会发展学院(Wei Shu, College of Humanities & Social Development, Northwest A&F University)

\*感谢黄盈盈、朱斌、石磊等老师以及匿名评审专家对本文的帮助和建议。

管婴儿”。通过辅助生殖技术,许多不孕症患者摆脱了“无子”困境,也因此推动了世界人口的增长。

有研究认为,就生育事件中的性别关系而言,女性由于生理原因承担了大部分的责任和压力,在性别关系中处于从属地位。生殖技术的出现为女性提供了生殖的工具,扩大了女性在生育上的主体性,为女性带来了解放(Firestone, 1970:201-202)。其次,在辅助生殖的周期正式开展之前,夫妻双方都会被要求进行相关检查,从而避免了过去即使是男性不育也可能仅有女性去接受检查并进行治疗的状况,加之技术确诊不孕不育病因的客观性,可以缓解女性即使能孕也要承担生育责任的压力,弱化生殖带来的性别不平等。

然而,辅助生殖在实际的诊疗中并没有为女性带来解放,也未能让女性避免即使能孕也要承担生育责任的境况(李贞德,2012:5-6),甚至在后续的治疗中加剧了与生殖相关的性别不平等,导致女性的社会性不孕。本文使用的核心概念——社会性不孕,意在与临床医学诊断上的生理性不孕形成对比,主要指即使女性能够生育,也会因为社会规范、医学程序或传统观念等因素的影响处于不孕的境况之中,并承担相应的责任与压力。这也是本文将要进一步探讨的问题,即,辅助生殖诊疗中女性社会性不孕的归因何以生成?女性又如何应对?

## 二、文献综述与研究方法

就本文的研究对象——辅助生殖诊疗而言,囊括了性别、技术与生育三个领域,因此,本文的文献回顾将围绕这三个方面展开,并对辅助生殖与性别关系的既有研究展开分析,主要分为以下三个部分。

其一,性别与技术的互动研究。自20世纪70年代以来,女性主义与科学、技术、社会研究(science, technology and society, STS)对性别与技术的关系展开了相应的研究,整体的研究取向经历科技决定论、社会建构论(social construction of technology, SCOT)以及互构论三个阶段。就研究路径而言,可分为两个部分:一是基于技术本身的实践,如科学社群内部的性别隔离(哈丁,2004:171-198),技术本身存在的性别规范(Wajcman, 1995),以及关于科技教育的性别气质(成令方、吴嘉苓,2004)等;二是基于主体行动的展开,主要在于科技的发明创造与使用。科技发明与创造的相关研究(Wajcman, 2000),实则延续了早期关于技术本身性别特征的批评,多是对女性在科学社群以及技术的发明创造中所遭遇的不平等进行探讨。自社会建构论提出以来,研究者们开始重视主体,尤其是技术使用者的能动性(Fischer, 1988),这一维度的研究后续结合相应的社会情境得到展开,将技术分为生产技术、家务技术以及生殖技术三个类别,即对职场劳动(Cockburn, 1981)、家务劳动(Cowan, 1976),以及生育事件中性别与科技的关系进行了探究。整体而言,既有性别与技术的研究常常走向两个极端——结构论或主体论,

单一维度的视角会简化研究对象本身的复杂性,在实际的经验研究中则会将性别与技术二分,未能真正关注到性别与技术相互形塑的过程和影响。

其二,生育事件中的性别分化研究。关于生育情境中性别关系的状况已有不少探讨,主要包含生殖与育儿两大板块。生殖与性别的研究可分为两大部分:一是女性在生殖中所遭遇的性别不平等,二是探讨生殖行为中的女性自主性(陈煜婷,2017)。育儿则以父职、母职及生育惩罚(杨天池、周颖,2019;兰庆庆等,2019)为主要研究对象。目前已有的性别关系与生育研究,以人口学领域的研究居多,大多是基于宏观背景的量化研究,主要就生育事件的外在结构性因素进行探讨,多注重女性的体验与经验,没有关注到生育中复杂的性别关系状况带来的影响,也未结合相应的社会文化情境进行分析。在新兴生育医疗技术——辅助生殖的发展过程中,女性成为主要的应用对象,使该技术具有了性别分化的特征,个体在辅助生殖实践中体验到的生育事件的性别脚本因此有了新的注脚,已有研究难以解释辅助生殖实践过程中性别关系的新境况与转变。

其三,辅助生殖技术与性别关系的协作以及延伸。生殖上的性别分工一直被认为是女性在性别关系中处于从属地位的源头,所以部分研究者把辅助生殖技术视为改变这种不平等性别关系的契机。费尔斯通(Shulamith Firestone)将生物性母职与社会性母职的必然连接视为女性的困境,因而肯定生殖科技可能带来的突破(Firestone, 1970: 201-202)。但是,更多研究者关注的并不是辅助生殖技术如何成为解放女性的工具,而是它如何抑制了女性在生殖上的主体性。

首先,辅助生殖对个体生殖经验以及身体的直接影响呈现了性别分化的特征。这项技术的介入改变了女性生殖体验的连续性,导致女性的生殖经验趋向疏离(Corea, 1985)。然而,男性则可以借助精子库或者分离Y染色体的精子分离术,确保父系血缘的延续(吴嘉苓,2012)。奥布莱恩(Mary O'Brien)正面肯定了生殖经验为女性所带来的连续感与一致性(continuity and consistency),同时也认为父权制正是源自男性对女性生殖力的贬损(derogate)与对生殖过程的控制,所以谴责生殖科技可能会造成女性生殖意识的破坏(O'Brien, 1981:48-49)。

辅助生殖使健全无恙的女体在确保丈夫血脉的期待下,或半推半就或义无反顾地接受了各种医疗器械的“入侵”,并成为夫妻二人的病体代表,应运而生的,则是针对女性身体的有关日常作息、情绪状态和精神活动的各种要求与规范(李贞德,2012)。以主要应对男性不育的卵胞浆内单精子显微注射技术<sup>①</sup>(intracytoplasmic sperm injection, ICSI)为例,其“治疗”基本是在女性的身体内进行。研究者也特别指出了这种不平等现象,即女性通过风险高、费用昂贵、效果不佳的治疗方法来替代男性进行不育治疗,这是现代西方生物医学实践中偏袒男性的有力例证。因此,也要注意辅助生殖作为生物技术存在的社会建构性(朱剑峰,2016)。辅助生殖除了比许多女性最初以为的更复杂,在接受治疗的过程中,女性在情感上也常常受到创伤(Franklin, 1997: 111),这样性别分化的治疗特性,使得女性一旦开始诊疗,就会经历一个既努力克服焦虑又继发生成焦虑的过程

(赖立里,2017),女性也在这个过程中有了希望与焦虑并存的具身体验(余成普等,2019)。

其次,辅助生殖对性别关系境况的间接影响,带来了新的性别秩序问题。就生育而言,女性的身体受到年龄的影响比男性大,女性到了一定的年纪再想生育就需借助卵子捐赠,而年纪大的男性即使不能通过性交生育,也可以借助辅助生殖技术。因此,在某些社会中,辅助生殖技术诱导的实践可能会成为完全的性别问题,赋予男性新的权力,包括与曾经生育的妻子离婚,与更年轻的女性进行生育,并令(无法再生育的)衰老女性产生新的耻辱感(Inhorn & Birenbaum-Carmeli, 2008)。

已有研究虽对辅助生殖实践中的性别关系境况进行了探究,但多是笼统地讨论技术的社会影响,没有对辅助生殖诊疗进行过程性分析,较少结合地方性情境进行探讨。辅助生殖实践需要在更广泛的社会文化情境下得到理解,尽管女性是辅助生殖诊疗的主要对象,但不能根据父权阴谋来分析生殖技术,更不能将其视为由男性操纵的一系列对女性造成伤害的技术。辅助生殖实践始终是社会关系的产物,生殖劳动中的性别分化不仅仅源自男性与女性的生物特征差异。生物特征的差异本就存在,我们需要关注的是在文化观念与社会关系的形塑下越来越显著的差异,社会规范及其制度设计正是基于这样的差异将生殖的责任更多地转嫁到女性,造就了生育事件中的性别不平等。

综上所述,本文将结合社会结构与主体的能动性对辅助生殖诊疗中的性别分化境况展开分析,同时关注社会情境因素的作用。就社会结构而言,主要关注非正式制度对生殖与性别的建构。其次,辅助生殖本质上是生物医学技术,因此,医学作为社会控制机制之一,何以在这个过程中与非正式制度形成了共谋,也将在后续分析中分为两个方面加以讨论:医学技术本身的治疗,以及医学体系与诊疗程序。对主体的分析既包括其本身对社会性不孕的应对、规避,也关注其如何接受、再生产社会性不孕的境况。

医学上关于不孕的原因已有定义,从比例上来看男女原因各占一半,辅助生殖诊疗要求男女都进行不孕的相关检查,因此,探讨辅助生殖诊疗中由不孕引发的性别分化,比其他更女性化的经验(如性工作、未婚先孕)更能显著地展现性别分化是如何被建构并存在的(吴嘉苓,2002)。本文关于辅助生殖实践中女性社会性不孕的分析,既关注不孕的身体在生理上的性别差异,也关注性别分化下关于不孕的社会认知,同时对辅助生殖的过程性诊疗加以探讨,并且,对家庭关系(如夫妻关系、亲近的社会网络),医学诊疗的运作(医学的诊断与检查),以及社会经济地位三重社会结构的影响进行分析,力求通过对辅助生殖实践中女性社会性不孕归因的探讨丰富性别不平等的相关研究。

本文的研究资料主要基于2019年11月—2020年12月在北京某三甲医院好孕生殖医学中心(以下简称“生殖中心”)的参与观察,集中田野调查时间约为7个月,在新冠肺炎疫情居家防控期间转为线上跟进患者情况。在田野调查的基础之上,笔者跟踪了9位患者的辅助生殖周期(长达一年多),深度访谈了34位患者、家属与医生,并对重点报道人进行了多次长时间访谈。因篇幅有限,本文仅对部分案例进行分析。

### 三、社会性不孕归因的生成

#### (一)身体与社会性诊断的性别分化

##### 1. “可见”的身体

当不孕的原因尚未进入医学视野时,通常会由社会性的诊断给予一个定论,社会性诊断的性别分化会使女性在后续的医学检查与诊断中处于不利位置——自我怀疑甚至主动承担责任,这在一定程度上导致了女性在辅助生殖诊疗中社会性不孕境况的再生产。这样的非正式诊断多从女性的身体开始,由此,衍生了诸多关于女性身体的污名。戈夫曼(Erving Goffman)最早对污名化(stigmatization)的概念进行厘清,他将污名(stigma)定义为人际交往中一种“令人大大丢脸”的特征——由虚拟的和真实的社会身份之间的一种特殊差距构成,这种特征有时还被称为弱点、缺点或缺陷。这种“受损的身份”使个体在社会其他人眼中逐渐丧失社会信誉和社会价值,进而遭受排斥,受到不公正对待,这一过程被称为污名化(戈夫曼,2009:3)。由于生殖与女性的紧密联系,女性的身体先验地被认为与孕育相关,被标签化,不得不承担相应的责任。因此,当夫妇遭遇不孕时,由于女性怀孕时身体的“可见”,女性的身体会因为未孕成为被污名化的首要对象,被迫承担“无子”或“不孕”的指责。男性即使不育,因在身体上无法显而易见,加之对女性身体的标签化所带来的不孕责任的转移,在医学诊断明确病因之前,很多女性都或主动或被动地处于社会性不孕的境况,因为其“肚子依旧没有动静”。

每次回老家,亲戚朋友都会说,你肚子还没动静啊,你要不要去哪里看看什么的,同事们也是这样,隔一段时间就会盯着你的肚子看,然后说,这是还没怀上吗?你咋回事啊?我后来都不想照镜子,因为看到别人怀孕了嘛,肚子都大了,自己还是没有怀孕,就很沮丧。(于姐<sup>②</sup>,33岁,生殖中心旁快餐店,2019年11月9日)

从于姐的叙述中可以看出,不论是亲戚朋友还是同事,都以其肚子是否“有动静”作为判断其是否怀孕的标准,并且在无形之中都认为是她的问题,没有人想到是她爱人可能不育。

我们结婚后一开始也没有想要孩子,最近两三年才开始备孕,因为父母也开始催了,备孕这么久,我也没有怀上,也不知道自己是咋了。(于姐,33岁,生殖中心旁快餐店,2019年11月9日)

在备孕一年多没有怀孕的情况下,于姐认为可能是自己怎么了。她在这个过程中内化了外界对于生育过程中女性身体的界定,甚至当看到别人怀孕的身体后,会就自己的肚子没有变化而沮丧。

就怀孕期间的女性身体来说,不仅因为其“可见”使得女性更容易被动承担不孕的责任,而且也由此发展出关于女性孕期身体的相关标签与污名。

我们那边都管孕妇叫“大肚婆”的,我和我老公结婚了三年多都还没孩子,我们村里都邻里邻居的,一直有人问的,一开始的时候就说在努力呢,后来有人就直接问我老公,你们家还没整出个大肚婆啊……(何姐,32岁,生殖中心候诊大厅,2019年11月28日)

以肚子是否隆起作为怀孕的标准,并形成基于身体的标签,比如何姐村里对于孕妇的称呼——“大肚婆”,这实际上也是基于女性怀孕时的体态特征,对女性身体的标签化。相应的,却没有任何关于男性的标签或称呼,因为女性常处于社会性不孕的境况,也顺势承受了这些标签所带来的社会排斥。

## 2. 容易起疑的身体

相较于男性,女性的身体对于生育而言,从月经到卵巢、子宫乃至体型,会更更多地被医学或非医学诊断质疑。不仅在女性的疾病叙事中常常表达出对自我的诊断,在亲戚朋友以及生物医学的诊断中,首先被怀疑的往往也是女性。男性即使身体有所缺陷或与女性同时存在生育障碍,其生育能力也不会被怀疑。

我们备孕两年多了吧,一直也没有怀上,我之前觉得可能和我一直来例假都痛经有关系,因为月经一直不太正常,所以对受孕有影响吧。我妈的朋友说这样的情况可能有点宫寒,不容易受孕,我那个时候也没有觉得我老公有什么问题,来检查了后才发现主要是因为他精子畸形率高、活力差。(小美,31岁,生殖中心旁快餐店,2019年11月21日)

在来生殖中心检查之前,小美认为是自己月经不调影响了受孕,甚至其母亲的朋友也认为主要是因为她宫寒。到医院检查以后才发现,是她丈夫的问题。但是在诊断之前,小美从未对丈夫的身体产生过任何怀疑,而是先进行了自我诊断和质疑。

正是由于女性的身体容易被质疑,导致很多社会规范在生育事件中得到延伸,如生活作风等也被认为会导致身体的不正常,所以不能怀孕。

我那个朋友其实结了两次婚了,年轻的时候就谈了很多恋爱。第一次结婚就是奉子成婚,之后又离婚了,找了现在的老公,但是都三四年了一直怀不上,之前想来这边看病,让我推荐个医生……其实我就觉得她是那方面关系太乱了,可能把身体损害了,所以现在难怀了。(周姐,35岁,生殖中心对面商场,2020年11月13日)

周姐在生殖中心通过试管移植怀孕了,访谈时她谈到了一位不孕的朋友,即便她朋友还未确诊是谁的问题导致了不孕,但周姐已然认为她朋友之所以不能怀孕,是因其生

活作风混乱导致身体不好。女性在不能怀孕的时候,身体的问题甚至会被联系到生活的作风。因此,就不孕而言,对于女性的质疑不仅仅是对其身体,也包括了身体所可能关联的社会行为。由此发展出的关于女性身体的道德性评价也出现在这个过程中。

即便,当男性与女性呈现相似的身体特征(比如身体不好)时,相对于男性,女性依然是首先被质疑的对象。

我一开始的时候,没想过我老公也有问题,因为我一直都脾胃不好,所以很瘦。家里人都觉得是我太瘦了,脾胃不好,身体没有吸收营养,所以很难怀。一直在喝调理脾胃的中药,吃各种补品,后来我来中心这边检查,医生说让我老公也要来,才发现是他少精,还活力不足。(杨丹,30岁,生殖中心候诊大厅,2020年11月8日)

杨丹因为脾胃不好,身体过瘦,她和家里人都认为因此影响了生育能力,所以夫妇俩一直没有备孕成功。

她一直都很瘦,我都说喊她多吃点,不然会影响生宝宝。但是她吃不下嘛,脾胃也不好,经常胀气啥的,就这样,你说哪来的营养让你怀孩子。(杨丹的婆婆,61岁,生殖中心候诊大厅,2020年11月8日)

杨丹的婆婆在谈起这件事时,对杨丹瘦削的身材很不满意,并且认为就是这个原因导致没有营养,难以生育。杨丹在不孕检查结果出来之前,也内化了这样的质疑,且主动揽过了责任。

杨丹的丈夫时不时陪同妻子去检查,根据笔者的观察,他的身体也很消瘦,甚至比杨丹看起来更加憔悴,却没有人怀疑他可能因为身体不好而影响生育,也不曾让他喝中药吃补品,即使杨丹最初来到生殖中心检查,也未让其同去。处于容易起疑中的女性身体,也在杨丹这里得到了体现,在关于女性身体的怀疑中,不仅有来自亲近社会关系的质疑,也包含了更多社会规范的不信任。

### 3. 社会性诊断的性别分化

在医学诊断介入之前,通常会先有社会规范对不孕作出相应的非正式诊断,这样的社会性诊断呈现出明显的性别差异。选择辅助生殖诊疗的夫妇包括了患原发性不孕和继发性不孕的群体,其中,继发性不孕是指曾经有过至少一次孕育经历。对于患继发性不孕的夫妇来说,男性在诊疗中可以因为曾经的孕育经历而不被质疑其生育能力,但是曾经的孕育经历,却并不能作为女性生育能力的证明。

我老公一直都不承认是自己的问题,因为我结婚后两个月就意外怀孕了,老大已经6岁了。现在是想要二胎,他觉得我们有过孩子,他肯定没问题,但是其实他现在会有射

精困难,你知道吧,就是出不来,可能是工作压力太大吧,但是他不承认啊。(周红,35岁,生殖中心对面咖啡厅,2020年10月15日)

生过孩子这一证据并不适用于周红,却可以适用于其丈夫,对男性而言,这似乎是不言自明的生育能力证明。“没办法,我后来就自己先去检查了,我没有问题,他就不得不去了”。周红并未因为这样的情况就忽视了丈夫可能有问题,通过自己先做检查“自证”,再促使丈夫去医院检查。但不可否认,她也经历了社会性不孕的状况。

社会性诊断不仅包括患者自身曾经有过孕育经历,亲属的孕育经历也会不自觉地成为个体生育能力的证明,但这一诊断多是为男性提供积极的证明,对女性则是消极的质疑。

我们是这两年才开始说要孩子的,我姐就因为怀不上,做了好多年试管了,我就怕我也不能生,怕是有点什么基因遗传的问题,所以就开始备孕,但我真的一直没有怀上。我老公没问题的,他们家那边的哥哥和姐姐都生好几个了。(小静,32岁,生殖中心候诊大厅,2019年12月21日)

由于小静的姐姐不能怀孕,所以小静就认为自己也可能不孕,但是不孕症目前在医学上并没有基因遗传一说。即便如此,小静依然担心自己也会像姐姐一样不能自然生育,所以在医学检查上积极主动,即使很遭罪,也没有怨言。更不用说她丈夫前些年检查没问题,而且婆家人都能生孩子,仿佛也为其丈夫的生育能力提供了另一“铁证”。社会性诊断在某种意义上强化了小静社会性不孕的境况,亲近关系网络也未能提供积极的社会支持,反而是其压力的来源之一。

女性社会性不孕的归因,不仅来自其身体的污名,也包括诊断的性别分化。性别分化的诊断既包括医疗诊断,也包括了非医疗的诊断,多重社会结构的力量造就了女性社会性不孕的状态。从小静的经历可以看到,亲近的关系网络在这个过程中不仅未能给女性提供有力的社会支持,反而强化了社会传统规范对女性母职的规训。女性自身也容易在这个过程中内化这样的标签和诊断,特别是社会经济地位较差的女性,在生育事件中的话语权更弱,往往会顺从于这样的归因,并延续诊断的性别分化。

## (二)医学诊断与社会性不孕的再生产

### 1. 辅助生殖诊疗程序的形塑

辅助生殖的诊疗程序在无形中带来了女性社会性不孕境况的再生产,使得女性在这个过程中承担了主要的压力。从生殖中心的运作可以看到,不论是人工授精还是试管婴儿,建档的时候要求夫妇双方都要到场,并持有双方的结婚证、身份证原件以及准生证/承诺书,且相关的签字不能代签。

除了最开始那个建档的时候,需要双方都来,基本上其他时候,妻子都可以带着丈夫的委托书来办理需要他同意的事情,委托书上要求是有丈夫的签字和手印。就移植的时候丈夫一定要来取精,也有那种当天实在不能来,就提前取了冻起来,然后移植的时候妻子带着知情同意书启用冻精就可以。(路护士,32岁,生殖中心诊室,2019年11月6日)

建档后的诊疗程序大多为妻子独自就诊而量身定做,即便是护士针对治疗注意事项的嘱托,也大多是对妻子详细周到的告知,关于丈夫的医嘱较少,多是让妻子转告即可。根据现行运作的程序来说,后续丈夫只需要提供精液即可,不再来医院也行,因为丈夫可以在签署知情同意书和承诺书后在医院外留取精液。妻子进行后续诊疗可以不费劲地办理相关手续,这看似为女性的诊疗带来便利,实则是为男性的不在场提供了方便。这个过程中部分诊疗程序的可操作性,也让女性内化了自己掌控全部程序的角色定位。

我老公是走之前留了3管冻精,当时签字什么的都搞好了,但是等我监测到强阳,要去手术的时候才告诉我需要我老公的知情同意书,我那个时候上哪儿去给弄呢,我就回家自己用大拇指按的手印,自己模仿的签字。(阿依,32岁,学校附近公园,2020年10月27日)

阿依的丈夫因为常年在海外工作,备孕比较麻烦,所以他们准备做人工授精,但是在手术前她才知道需要丈夫的知情同意书,而此时他已身在海外,阿依只好模仿其签字并按上自己的手印。“哎,自己跑完这一波,看起来好像就是因为我的问题不能要孩子一样,但是实际上还是因为他总是不在家,排卵期同房根本不可能……”阿依意识到自己被动处于社会性不孕的状况并表示了她的失落,实际上这些都是便利的诊疗程序所带来的不被预料到的结果。

新冠肺炎疫情发生后,由于疫情防控的需要,移植时生殖中心的候诊大厅以及诊室都只允许做手术的患者本人进入,因此,妻子在这个过程中的病人角色被进一步形塑。

他来了能干吗呢?也不能进去,他之前留了精的,所以就没让他来了,护士也说了,移植前和他来个微信视频,让他说他知道这个事情并且同意使用就可以了。(丽莎,31岁,生殖中心候诊大厅,2020年10月21日)

丽莎的母亲陪同她来进行移植手术,母亲在外等候,但丈夫没来,目前的诊疗程序甚至不再需要知情同意书,基于互联网时代信息传播的即时性,微信视频通话便等同于知情同意书了。妻子在诊疗程序的形塑下,逐渐将怀孕这样属于夫妻双方的共同事务变成了自我诊疗的一个过程,而这样便利的诊疗程序进一步强化了女性社会性不孕的再生产,不论是他者的社会性诊断还是女性的自我诊断,都呈现了以上趋势,医学诊断

的客观性在这个过程中被逐渐弱化。

## 2. 病体代表的隐喻

由于被标签化的女性身体和社会性诊断的预判,在医院的辅助生殖诊疗中,女性成为首先被检查的对象。并且,相对男性检查(主要是检测精液的情况),女性的检查流程更为繁杂,包括血常规、尿常规、凝血像、肝功能、性激素六项、传染病八项,以及白带常规、B超多项、抗缪勒氏管激素检查(Anti-Mullerian hormone, AMH)<sup>③</sup>等,复杂的检查也从侧面加剧了女性社会性不孕的可能。

在门诊的时候,我们会要求丈夫和妻子都做检查,确实是男性的检查比较简单,主要考虑精液问题即可。所以我们一般都会建议丈夫先做检查,先排除丈夫的原因,如果是丈夫的原因,也可以先处理,因为女性的检查很复杂,相对而言也更遭罪。

但是实际上很少男性会先做检查,都是女性先做了,一般都是说男性没有时间或者不配合,就没有办法,我们也很难真的强制性地让人家先来。(孙医生,男,32岁,生殖中心诊室,2021年3月17日)

实际上,男性真正先做检查的很少,而且医学检查程序上也没有强制性男性先做检查这样的规定,所以很多男性都会先等妻子做完检查或妻子检查完没有问题再去。由于精液检查存在不确定性,因此需要做好几次检查,但较女性繁琐的检查而言,还是更为简单一些。

他不承认是自己有问题,我只能先去检查了,我检查是没问题的,医生说要让他检查,他才去的。(周红,35岁,生殖中心对面咖啡厅,2020年10月15日)

正是基于对女性身体的污名化和预判,导致很多男性都不会先做检查,大都是妻子检查一遍发现没有问题,才让丈夫去查。

其他检查都做了,我昨天刚做完输卵管造影,太痛了,因为我有点积液,做完我都痛得下不来床。我老公以前检查过一次,当时是说没问题的,所以还没检查。(小静,32岁,生殖中心候诊大厅,2019年12月21日)

女性的诊断结果往往会一锤定音,后续很少再跟进配偶的情况,而男性的精液质量实际上充满了不确定性,但是这个不确定性对于男性来说,仅在于精液不合格的不确定性。即男性精液只要一次检查没有问题,就会被社会性地定义为没有问题。由于辅助生殖的大多数诊疗都需要在女性身体上进行,女性去医院的频率远远高于男性,甚至会出现男性不育却治疗女体的情况,因此,女性逐渐成为夫妇二人的病体代表,女性在这

个过程中也会被转移不孕的责任与压力,面临社会性不孕的境况。

其实就不是我的问题啊,是他射精管囊肿,所以要来做试管。我们之前在江苏那边打工,为了做这个才来北京的,但是基本上都是我自己在北京这边,检查什么的也花了很多钱。都是我在跑上跑下的,因为激素药还胖了十多斤,就是为了给他们家生个孩子。(何姐,32岁,生殖中心旁快餐店,2020年11月12日)

何姐和丈夫本在外地打工,做试管期间一直都是她独自在北京,为了省钱,她在通州租了一个小房子,到生殖中心要两个多小时。她已经做了4次试管,不孕的主要原因在于她丈夫有射精管囊肿。

他别说什么支持了,经常还埋怨我,觉得我也没上班还因为这个花了好多钱,整得就好像是我生不了一样,实际上我还是在为他遭这些罪啊……我婆婆也是理直气壮地怪我。(何姐,32岁,生殖中心旁快餐店,2020年11月12日)

由于主要是何姐在承担诊疗,她丈夫和婆家在做试管的过程中转嫁了责任。女性在诊疗的过程中或自愿或半推半就成了夫妇的病体代表,甚至像何姐这样的,男性不育,却治疗女性,使其丈夫转移了不育的责任,让女性不仅没有因为医疗诊断跳出社会性不孕的境地,反而加剧了女性因为生育而遭遇的性别不平等。即便如此,身为农村传统妇女,何姐还是致力于要为婆家生个孩子,而她因为诊疗无法上班,没有收入,也成了她丈夫转移责任和压力的一个理由。

### 3. 责任的主动转移

医疗的诊断虽然具有一定程度的客观性,但在日常生活中,仍会呈现不一样的图景。对处在社会性不孕境况中的女性来说,生殖中心的诊断即便证明了她们的“清白”,也不一定就意味着女性就可以置身事外。在诊疗中,因为辅助生殖技术的特殊性——女性承担了大部分的治疗,使得原本的医疗诊断常常被无形地转移甚至替代。而女性还可能会在这个过程中主动进行责任的转移。

他知道自己精液出不来,但不承认有问题嘛,我也没有过多地指责他,我觉得男人嘛,还是自尊心强,这方面有问题的话,怕影响他。(周红,35岁,生殖中心对面咖啡厅,2020年10月15日)

周红在面对自己没有生育问题而丈夫有问题的时候,对丈夫予以了极大的理解。

我也没给老人讲是他的问题,就说我有点问题,要调理一下,本来也主要是我在跑

医院,老人身体也不好,又不懂这些,知道他一个大老爷们儿有那个问题,肯定大惊小怪的。(周红,35岁,生殖中心对面咖啡厅,2020年10月15日)

周红主动选择了转移责任,让家人朋友都误以为是她的问题,继续其社会性不孕的境况。另一方面,对丈夫的病症进行隐瞒并没有影响其诊疗的动力与进度,在后续的诊疗中,她丈夫给予了极大的配合与支持。周红的策略使得丈夫不担心暴露自己的不育症,基于对妻子的愧疚,还更加配合后续的治疗,这样的协作也巩固了他们的夫妻关系。整体而言,由于女性在辅助生殖的治疗过程中经常去医院,男性经常缺席,使得医疗诊断的转移和替代更容易发生。

妻子主动地转移责任大部分是出于对丈夫自尊的维护,也有像周红那样的,怕老人担心,还有的是来自丈夫的要求。

我是没啥问题,不过我老公就是无精症嘛,要做睾穿(睾丸穿刺——笔者注)。他自己很介意这个事情,压力很大,他身体各方面都很健康嘛,没想到自己居然无精,所以他就说让我不要告诉别人,就说是我要调理身体。(小洁,33岁,生殖中心对面咖啡厅,2020年10月16日)

因为丈夫的要求,小洁没有告诉父母和朋友不孕的真正原因,而是以自己的身体需要调理作为借口,主动转移了责任。对于这样的主动“背锅”,小洁不以为然:

我其实没觉得有什么啊,他压力更大啊,那个手术打了麻药都还是很痛,我理解他,别人知道了,他面子上过不去,可能压力就会更大,医生也说这个事情需要心态好一些嘛。(小洁,33岁,生殖中心对面咖啡厅,2020年10月16日)

传统观念中通常将男性不育与阳痿、性无能等问题相关联,这导致男性在面对不育问题时,会更多感受到男性气质的受损,外在表现为“感觉很丢人,很没面子”。所以,在辅助生殖诊疗中男性很难也畏惧承认自己不育并进行相关检查,但妻子主动转移责任无疑又延续了女性社会性不孕的境况。

### (三)社会性不孕的规避与应对

社会性不孕的归因虽然主要受到结构性因素的推动,但女性的主体性也会对归因女性的主体性则会弱化社会性不孕的归因或对其进行规避,即社会性归因并不是作为不可抗力在运作,主体的行动也需要纳入考虑之中,主体的行动在一定程度上建构了社会性不孕的归因。大多数女性在遭遇社会性不孕的时候,都会进行相应的抵抗,因为女性并非仅仅作为生育事件中的客体在经历,同时也在策略性地应对,但这些应对与规避又不仅仅是女性个体的行动。就辅助生殖诊疗而言,家庭关系、社会经济状况等因素都

会导致对社会性不孕的规避与应对呈现异质性的状况,而女性在诊疗中的体验也会受到相应的影响。

### 1. 家庭的社会支持

辅助生殖诊疗是以家庭为单位开展的,所以家庭的社会支持是女性避免社会性不孕状况的重要因素,且多以夫妻关系为主。家庭内部性别关系的平等程度会影响到女性是否会遭遇社会性不孕状况的再生产,夫妻关系的和谐也会为女性诊疗提供极大的社会支持与动力,尤其是丈夫关于患病以及辅助生殖诊疗的认知,很大程度上会影响女性遭遇社会性不孕的程度与时长。

我就精子质量不好,畸形率高也活力不足,咱们这是有病了,有病就积极主动地治呗。我也查了,这个是病,也不是什么自己的原因,很多人都会这样,你看这里这么多男的都来看病啊。我老婆没问题,我给我爸妈和她爸妈都说了是我的问题啊,这也没啥。(杨姐的丈夫,36岁,生殖中心候诊大厅,2020年11月5日)

丈夫的态度使得杨姐在诊疗后并未遭遇社会性不孕的情况,这与她丈夫对于不育的认知有关,当他把不育认为是一种疾病,就完成了自我病人角色的建立,这也使得他作为个体获得了免责,即他的不育是生病所致而不是自己的原因,使得关于不育的应对由社会惩罚转变为医学治疗。丈夫的开明与主动承担责任,也会促进家庭内部性别关系的平等,缓解女性的压力,有利于后续诊疗的进行。

也有女性在诊疗中意识到自己陷入了社会性不孕的境况,采取了相应的行动,如让丈夫经常陪同就诊,了解诊疗的痛苦,缓解自己的压力。

主要是他精子少还质量不好,他一开始还是不痛不痒的,好像生孩子就是我的事一样,后来我每次都让他一起来。而且打针不是也要他帮忙吗,肚子上都是针眼,他慢慢就知道了,也体贴了,什么都不让我做,让我休息,上次移植生化<sup>④</sup>,他都说不让我遭这个罪了,不要孩子算了,我觉得还行,想再试试。(罗姐,37岁,生殖中心候诊大厅,2020年11月3日)

罗姐的诊疗主要是基于丈夫不育,但是一开始,丈夫并未对诊疗引起重视,甚至不自觉地转嫁了责任。因此,罗姐主动让其参与到诊疗中,从而意识到妻子在诊疗中的辛苦,而不是只有罗姐独自经历诊疗,这使其所遭遇的社会性不孕这一境况得到改善。对于后续的诊疗来说,家庭关系和谐的女性患者更少受到诊断性别分化的影响,也不会对其诊疗行动产生过多的阻碍,反之,女性的诊疗意愿则更低,且会更多体验到诊疗中的困难。

### 2. 社会经济状况的影响

笔者的田野研究发现,女性的社会经济状况也会影响社会性不孕境况的规避,并且

在一定程度上呈正相关,社会经济状况较好的女性,在生育事件中更有发言权,也对自己社会性不孕的状况更为敏感,会有意识地进行应对。阿依在辅助生殖周期开始的时候,恰逢博士论文答辩前夕,她对于自己可能遭遇的社会性不孕状况很了解,选择了暂时性规避。

我身边的朋友什么的,确实也在问我怎么还没要孩子,因为他们都生了,其实是我老公的问题嘛,但是我也不好直接说,我就说我还没毕业,压力大,想毕了业再要,这理由很正当啊。(阿依, 32岁,学校附近公园,2020年10月27日)

阿依的受教育程度使得她对社会认知在生育问题上给予女性的压力很清楚,并以合适的托辞进行了应付,避免让自己陷入社会性不孕的境况。相对的,社会经济状况较差的女性,则会更多地承受社会对于女性母职的要求,也更容易遭遇社会性不孕的状况,正如文中的何姐。

在我们那里,哪里会管没有小孩是谁的问题呢,反正都怪女的生不出来,他们根本不知道什么射精管囊肿,甚至会觉得你老公有问题是因为你没照顾好,我没办法啊,他们不懂,我也是来这边才知道的。(何姐, 32岁,生殖中心旁快餐店,2020年11月12日)

何姐是一个传统的农村妇女,文化程度仅为初中毕业,她一直和丈夫在外地打工维持生计,在做辅助生殖诊疗以前,并不知晓真正的病因,在知道以后也由于自身的社会经济状况和当地社会规范的限制难以规避社会性不孕的境况。

再者,女性自身的经济状况或就业情况也会产生相应的影响,女性若是没有工作,在家全职带孩子,遭遇社会性不孕时,很难进行应对,反之,女性则有更多的选择和权力。

我是自己上班,也开了一个店,我老公精子不太好,可能配出来的胚胎不怎么好吧,总是生化……我公婆也不催,知道我也在奔忙,况且也没花他们钱,他们有啥可说的,自己儿子的毛病。(小叶, 34岁,生殖中心候诊大厅,2019年12月4日)

小叶不仅有正式的工作,还开了自己的服装店。工作单位并不严苛,这使得她经常请假去医院也没有太多顾忌,尤其是自己担负了辅助生殖的费用,在公婆面前也更有底气。对于她丈夫的问题,她也毫不避讳,身边的亲朋好友都知道。

这有什么不能告诉的,本来就不是我不能生,我换个人不也可以生吗?不说的话,不就觉得是我的问题吗?(小叶, 34岁,生殖中心候诊大厅,2019年12月4日)

她对自己如果不表明情况所可能会遭遇的社会性不孕也很清楚,通过主动告知病因免去了他人的猜疑。良好的社会经济状况可以为女性在婚姻和家庭关系中提供更多的自主权,有利于女性规避可能的性别不平等。

### 3. 互助诊疗小组的帮助

遭遇社会性不孕的女性,除了被迫也有主动承担责任的女性,对于那些难以将真实情况告知亲朋好友的女性而言,辅助生殖诊疗中面临的困难、失败和迷茫都无处倾诉,这样的状况加重了她们的焦虑和压力。

人授(人工授精——笔者注)3次都没成功的时候,我真的很怀疑自己,毕竟我还要照顾老大,大家还觉得是我的问题,虽然我和我老公知道不是,但还是有苦难言。(周姐,女,35岁,生殖中心对面商场,2020年11月13日)

不过,不少女性也未对这样的境况坐以待毙。在诊疗时,她们遇到不少同时间开始进入诊疗周期的患者,会相互加微信,建立互助诊疗小组,互相倾诉并共享资讯。

一开始的时候,我也不知道怎么办,虽然是我老公有问题,但他又不管不顾的,我难过的时候就自己抹眼泪,以前也没弄过这个,什么都不清楚,后来幸亏群里的姐妹们给我支招,我才好多了。(罗姐,37岁,生殖中心候诊大厅,2020年11月3日)

罗姐主动让丈夫参与到诊疗中来,理解她的处境,并体贴她的困难,就是来自互助微信群里姐妹们的建议,这无疑让罗姐既倾诉了烦恼,也解决了困扰,减轻了她所遭受的社会性不孕的境况。

我公婆是怎么都要我二胎生个男孩,因为我们那边,你没有生儿子,很多事情就不让你往前面去,但这又不是我一个人的事情,他们儿子这精液质量,根本急不来。我都愁死了,特别烦,在群里,那些姐姐们一直鼓励我,还帮我拿报告什么的,不然我估计早崩溃了。(小艾,29岁,生殖中心候诊大厅,2020年11月17日)

小艾家在外地,每开始一轮诊疗周期,就要两地奔忙,很辛苦,家里把生儿子的压力都推在她身上,但家里的老大也上学了,需要她管教。总请假来北京治疗,还会被领导训话,她更加感到难以承受,正是病友们的互助微信群缓解了她的压力。

我是自己开了翻译公司……我老公精子畸形率高,配成了也移植了,就是没怀上,我也不知道怎么回事。反正身边人觉得你事业成功没有用,没孩子就是你的问题,是你生不出来,我有段时间就不上班,在家待着,快闷出病了,幸亏有这些群,大家每天聊聊,

互相鼓励,心里好受一些。(田姐,36岁,生殖中心对面商场,2020年12月9日)。

田姐的个人事业很成功,来诊疗的时间也充裕,本可以安心治疗,但移植后的生化依然让她感到挫败。社会对女性和男性成功的评价标准存在差异,男性的成功可以等同于事业成功,没兼顾家庭也不会被苛责,但对女性成功的评价标准却不是如此。母职这一要求使得女性不得不面临田姐这样的情况。通过互助诊疗小组,接受辅助生殖诊疗的女性所遭遇的社会性不孕的压力会有所缓解,尤其能减轻个体的精神压力,小组内部的信息共享,如取卵、移植后的注意事项等也使其能更自如地应对诊疗。未参与互助诊疗小组的女性在诊疗中,通常倾诉无门,且因无人理解诊疗的不确定性而更加焦虑。

#### 四、结语与讨论

戈夫曼曾指出,怀孕、生产、哺乳、月经等固然都是具体的生物性差异,但是种种社会组织却据此做出男女有别的制度设计,与其说是生物上的需要,不如说是文化上的观点(Goffman, 1977)。就生育事件中的不孕而言,女性主要承担生殖的生物性原因,的确容易让女性成为社会规范审视的焦点,但生物性原因并不能解释辅助生殖实践中针对女性社会性不孕的归因。本文发现,由于社会对于男女生育过程中的身体存在着不同的评价,再加上不孕检查的制度设计——针对女性的检查更多且不强制先检查男性,使得女体比男体更容易受到质疑,并遭受社会性不孕的境况。本文中几乎所有受访的女性,一开始都存在对自身身体的质疑。即使在后续的医疗诊断中确诊男性不育,但因辅助生殖诊疗程序的设置——仅靠女性便可完成整个诊疗过程,这在无形之中促成了社会性不孕的再生产。再者,因妻子帮忙隐藏丈夫不育的事实,男性不育的状况不仅不会为外界所知且不用为无子负责,进一步强化了女性社会性不孕的结果。

可见,生育事件中的性别分化境况,即使在面对生育的医疗化与技术的嵌入时也未太大的转变,而作为新兴医疗技术的辅助生殖,在遭遇社会规范的时候,似乎还是被“捕获”的那一方。辅助生殖技术所带来的对不孕不育病因的诊断,本是为了治疗不孕不育症,解决无子的状态,也本可以改变以往女性承担大部分生育责任的情况,但是,在实际的诊疗中,由于医疗程序、诊疗的特殊性以及女性的主体性带来了性别不平等的再生产,造就了女性的社会性不孕。看似女性社会性不孕的归因多为医疗的制度设计所推动,但实际上,医疗制度不过是多方合力所致,真正主导归因过程的力量,依然是社会规范。即便在当下,医疗已嵌入社会控制机制之中,依然受到社会建构的影响,如传统观念中对“无子”的评判。就辅助生殖的诊疗而言,医学诊断也是以双刃剑的形式出现:一是女性社会性不孕境况与医学诊断的偏离,可能会缓解女性所遭遇的不平等状况;二是女性社会性不孕境况与医学诊断的重叠,则可能会加重女性所遭遇的不平等。

以往关于生育与性别的讨论中,常把生理特征作为女性不得不承担更多生育责任

且处于不平等境况的理由。关于社会性不孕的讨论让“不孕”重新回到社会的视野中,即“不孕”不仅仅是医学术语中的疾病,更需要被观照的是疾病及其苦痛的社会根源。病痛的含义既是生理的,也是社会的(克莱曼,2008:147)。在不孕诊疗中个体躯体化的表达以及由此延伸的就医行为,事实上也是一种关于自我以及社会、世界的话语和行动的隐喻。社会性不孕这一社会过程透视了疾病与医疗场域中既有的性别规制,以及医疗作为新的社会控制机制之一,如何形塑和再生产已有的社会秩序。而辅助生殖诊疗中女性社会性不孕的归因,并不是铁则,个体的异质性亦需加以考量。所以,不能简单地评判医疗技术是否能为性别不平等带来转机,医疗诊断的所谓客观,也并不一定适用于所有的医疗场景和诊疗,这是一个漫长又复杂的过程,尤其是医疗介入生育后的复杂性以及生育医疗化的社会过程与社会后果,需要更为细致和深入的探究。就生育医学与性别关系的互动,性别这一维度也不应只有女性这一视角,男性的视角与体验是今后可进一步探讨的方向。

#### 参考文献:

- 成令方、吴嘉苓,2004,《科技的性别政治:理论和研究的回顾》,载《妇研纵横》(台北)第3期,第51—112页。
- 陈煜婷,2017,《城镇就业人群生育意愿及其影响因素的性别差异研究——职业结构、时间分配和性别观念的效应》,载《南方人口》第1期,第68—80页。
- 欧文·戈夫曼,2009,《污名:受损身份管理札记》,宋立宏译,北京:商务印书馆。
- 桑德拉·哈丁,2004,《多元文化与后殖民世界中的女性主义科技研究》,载吴嘉苓、傅大为:《科技渴望性别》,台北:群学出版社。
- 阿瑟·克莱曼,2008,《苦痛和疾病的社会根源》,郭金华译,上海三联书店。
- 赖立里,2017,《生殖焦虑与实践理性:试管婴儿技术的人类学观察》,载《西南民族大学学报(人文社会科学版)》第9期,第21—28页。
- 李贞德,2012,《性别、身体与医疗》,北京:中华书局。
- 兰庆庆等,2019,《“全面二胎”政策下女性平等就业的现状分析、影响因素与提升策略——基于重庆市的实证调查》,载《兰州学刊》第2期,第117—131页。
- 吴嘉苓,2012,《台湾的新生殖科技与性别政治,1950—2000》,载李贞德(主编):《性别、身体与医疗》,北京:中华书局,第291页。
- 吴嘉苓,2002,《受污名的性别、性别化的污名:从台湾不孕男女处境分析污名的性别政治》,载《台湾社会学刊》(台北)第29期,第127—179页。
- 杨天池、周颖,2019,《“两孩”政策是否加剧了性别收入差距?》,载《人口与发展》第6期,第54—62页。
- 余成普等,2019,《希望与焦虑:辅助生殖技术中女性患者的具身体验研究》,载《社会》第4期,第84—115页。

- 朱剑峰, 2016,《赛博女权主义理论和生殖技术的民族志研究》,载《北方民族大学学报(哲学社会科学版)》第3期,第68—71页。
- Cockburn, C., 1981, "The Material of Male Power," *Feminist Review*, Vol. 1, No. 9, pp. 44-58.
- Corea, G., 1985, *The Mother Machine: Reproductive Technology from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, New York: Harper & Row, pp. 8-9.
- Cowan, R. S., 1976, "The Industrial Revolution in the Home: Household Technology and Social Change in the 20th Century," *Technology and Culture*, Vol. 17, No. 1, pp. 1-23.
- Cox, C. M., et al., 2022, "Infertility Prevalence and the Methods of Estimation from 1990 to 2021: A Systematic Review and Meta-analysis," *Human Reproduction Open*, Vol. 2022, No. 4, hoac051.
- Firestone, S., 1970, *The Dialectic of Sex: the Case for Feminist Revolution*, New York: Bantam Books, pp. 201-202.
- Fischer, Claude S., 1988, "Gender and the Residential Telephone, 1890-1940," *Sociological Forum*, Vol. 3, Iss. 2, pp. 211-233.
- Franklin, S., 1997, *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception*, New York: Routledge, p. 111.
- Goffman, E., 1977, "The Arrangement Between the Sexes," *Theory and Society*, Vol. 4, pp. 301-331.
- Inhorn, C. M. & D. Birenbaum-Carmeli, 2008, "Assisted Reproductive Technologies and Culture Change," *Annual Review of Anthropology*, Vol. 37, pp. 177-196.
- Qiao, J., et al., 2021, "A Lancet Commission on 70 Years of Women's Reproductive, Maternal, Newborn, Child, and Adolescent Health in China," *The Lancet*, Vol. 397, pp. 2497-2536.
- O'Brien, M., 1981, *The Politics of Reproduction*, Boston, MA: Routledge & Kegan Paul, pp. 48-49.
- Wajcman, J., 2000, "Reflection on Gender and Technology Studies: In What State is the Art," *Social Studies of Sciences*, Vol. 30, No. 3, pp. 447-464.
- Wajcman, J., 1995, "Feminist Theories of Technology," in Sheila Tasanoff, et al., (ed.), *Handbook of Science and Technology Studies*, London: Sage, p. 195.

---

注释:

- ①即第二代“试管婴儿”,该技术是借助显微操作系统将单一精子注入卵子内使其受精。主要针对男性精子数量严重不足引起的不育症。
- ②基于研究伦理,本文中的受访者均使用化名。
- ③抗缪勒氏管激素检查评估女性卵巢储备功能最重要也是最稳定的指标,其血值不随周期变化,不同周期间波动幅度小,比卵泡刺激素(FSH)更可靠。
- ④即试管移植生化,指胚胎植入子宫后并没有着床成功或者着床之后不久便发生流产反应,说明胚胎移植失败。

责任编辑:刘 琼

ience and only go through a small mobility span. They are regular customers to the hometown restaurants. While those with broad vision and active mind show strong resilience. They go through a large mobility span. They rarely go back to hometown restaurants to consume, but go to higher-level restaurants. Ethnic food economy's cultural identity effect is weakening, but its class differentiation effect caused by different class mobility is increasing.

**Keywords:** same-town migrant settlements, ethnic food economy, narrow, resilience differentiation

Social Infertility: A Study of Gender Differentiation in Assisted Reproductive Diagnosis and Treatment 173

*Wei Shu*

**Abstract:** Gender discrimination has long existed in the events of childbearing in China, especially when it comes to infertility. Due to the physiological structure and social construction, women are mostly cast in social infertility. Based on observation and in-depth interviews, this paper explores the cause of female social infertility and its impact on subsequent assisted reproductive diagnosis and treatment. Our study shows that female social infertility is often caused by the stigma of the body and the gender differentiation of diagnosis. Even if medical diagnosis attributes infertility to the male, the female will still face the situation of social infertility, and women's coping strategies are heterogeneous due to various family relations, socioeconomic status, and mutual aid groups.

**Keywords:** childbearing, social infertility, gender, assisted reproduction

## “THE WORLD OF ALTERITY”

Causality and Synchronicity in Time: Temporal Structure, Life Experience, and Materiality of Jingpo's Divination Practice in Southwest China 192

*Zhang Wenyi*

**Abstract:** Drawing on the studies of memory in the cognitive sciences, social dynamics in the social sciences, and universe evolution in physics, the present study examines synchronicity and causality in time associated with the Jingpo ethnic group's divination practices in Southwest China. On the one hand, divination as a form of explanation integrates the rules of the universe for prophetic prediction, by which the diviner experiences time as an object (following causality); on the other hand, divination as a form of interpretation takes into consideration individual diversities and is well attuned to the local social-cultural contexts, through which the diviner himself mirrors (i.e., synchronizes) the universe of the divination seeker and so treats time as a subject. Via combining causality and synchronicity in time, the diviner realizes the bi-directional transformation between explanation (of the universe) and interpretation (of individual/contextual diversities), thereby catching a glimpse of the past and