

希望与焦虑:辅助生殖技术中 女性患者的具身体验研究

社会
2019·4
CJS
第39卷

余成普 李宛霖 邓明芬

摘要:在主流叙事中,辅助生殖技术常被誉为不孕患者的“福音”。既有文献过于关注辅助生殖技术的外在情境,没有给予技术的受者尤其是女性的体验以应有的位置。基于作者在Z医院辅助生殖中心的田野调查,本文以具身化(embodiment)为方法论策略,试图连接社会文化情境与女性的体验,彰显生物与社会视角的交织。研究认为,辅助生殖技术不只是“希望的技术”那般简单美好,它带给女性的希望与焦虑并存。希望和焦虑作为一种具身体验,通过女性的身体传递出来,显示了社会文化情境和技术不确定性对女性身体的塑造;女性在感知这些体验的同时也积极从地方文化中习得策略,以应对技术的不确定性和道德压力,从而带着希望继续治疗。

关键词:辅助生殖技术 试管婴儿 具身化 具身体验

Hope and Anxiety: The Study of Female Embodied Experience with ARTs

YU Chengpu LI Wanlin DENG Mingfen

Abstract: Assisted Reproductive Technologies (ARTs) are hailed as “the gospel” to infertile patients in mainstream narrative. The existing literature mostly adopts the perspective of technology and social interaction, and often views the restrictions and constraints of social and cultural contexts on ARTs

* 作者1:余成普 中山大学社会学与人类学学院(Author 1:YU Chengpu,School of Sociology and Anthropology,Sun Yat-sen University)E-mail:ycp232@126.com;作者2:李宛霖 中山大学社会学与人类学学院(Author 2:LI Wanlin,School of Sociology and Anthropology,Sun Yat-sen University);作者3:邓明芬 中山大学附属第一医院(Author 3:DENG Mingfen,The First Affiliated Hospital,Sun Yat-sen University)

论文在选题和写作过程中得到了廖志红主任医师、苏春艳博士、涂炯博士以及《社会》杂志匿名评审人的建议,特此感谢。文责自负。

from a static and macroscopic perspective, ignoring the recipients of the technologies, especially the experience of women. This paper regards embodiment as the methodological orientation. It opposes both social and cultural determinism and biological determinism. Instead, it emphasizes the biological and experiential nature of the body while linking it to the external context, thus frees itself from the dilemma of bio-cultural dualism. It also avoids the neglect of social situations and the indifference to physical creativity and variability. Based on the investigation in Z hospital's reproductive center, the paper shows the three moral pressures of infertility, assisted reproduction and national policy faced by infertile patients, and the uncertainty of ARTs puts them in a more intense world of anxiety and hope. That is to say, ARTs in practice are far from simple "hope technology", instead, they throw women into the paradoxical world where hope and anxiety coexist. As embodied experience, anxiety and hope are transmitted through the body of women, which show the inscription of social-cultural context and technical uncertainty on the female body; meanwhile, women actively learn strategies to cope with the technical uncertainty and moral pressure from local culture (including recuperating the body, folk religion, etc.), so as to hold on infertility treatment with hope.

Keywords: assisted reproductive technologies, in vitro fertilization and embryo transfer, embodiment, embodied experience

一、“希望的”技术

2016年10月20日,云姐¹决定进行“试管婴儿”治疗后第一次来到Z医院生殖中心,她对所有流程感到既陌生又兴奋。38岁的云姐是一名家庭主妇,丈夫在国企工作,7岁的儿子已经上小学一年级。在2016年2月其丈夫单位正式下发二孩政策放开的红头文件后,云姐才真正迈出生二孩的第一步——取环。然而,迟迟未孕让她觉察到身体可能有问题了。在经过几次检查和询问不同医生后,云姐意识到对于38岁的她来说,试管婴儿无疑是“最直接”的助孕手段。她的邻居小静通过试管婴儿技术生育了第一个女儿。小静当时将未移植的胚胎冷

1. 考虑到研究伦理,文中所有的人名和地名皆为化名。

冻,二孩政策放开后,她很快移植了这个冷冻的胚胎,结果“一次便成功了”,如今又有了七个月的身孕。

两个月后,当我们再次见到云姐时,她已正式进入试管周期,脸上没有了第一次相见时的乐观,而是愁容。往返医院的奔波慢慢消磨了她最初的兴奋,让她难以处理家务,尤其是照顾儿子的学习问题。与此同时,云姐也深陷成功率的魔咒中,“不管(医院)怎么宣称试管成功率有50%还是60%,对个人来说,其实就只有0或100%,要么成功,要么失败,根本没有中间值”。云姐说,她近来睡眠十分不好,“常常半夜惊醒”,觉得自己压力很大,整天都在想“生孩子”这件事又无处诉说,只能一个人扛着,“试管这条路太艰难了”。

按照卫生部²《人类辅助生殖技术规范》(2003)及《人类辅助生殖技术和人类精子库伦理原则》(2003)³的定义,辅助生殖技术(Assisted Reproductive Technologies,简称ARTs)是治疗不孕症的一种医疗手段,分为人工授精(Artificial Insemination,简称AI)⁴和体外授精-胚胎移植(In Vitro Fertilization and Embryo Transfer,简称IVF-ET)技术及各种衍生技术。其中,“试管婴儿”是体外授精-胚胎移植技术及其衍生技术的俗称,是指“从女性体内取出卵子,在器皿内培养后,加入经技术处理的精子,待卵子受精后,继续培养,到形成早期胚胎时,再转移到子宫内着床,发育成胎儿直至分娩的技术”。⁵人工授精仅作为是否采用“试管婴儿”技术的前期甄别技术,⁶下文中的个案除一例正在进行前期的身体检查外,其余实际上还是走上了求助试管婴儿技术的道路。

伴随着不孕症的日益增多,辅助生殖技术逐渐成为治疗不孕的常规医疗手段。据世界卫生组织估算,全球至少有8 000万人患有不孕

2. 2018年组建为国家卫生健康委员会,简称“国家卫健委”。

3. 《卫生部关于修订人类辅助生殖技术与人类精子库相关技术规范、基本标准和伦理原则的通知》(2003年6月27日),引自国家卫健委官网(<http://www.nhfp.gov.cn/qjjys/s3581/200805/f69a925d55b44be2a9b4ada7fcdec835.shtml>),访问于2018年6月9日。

4. 人工授精是指采用非性交的方式将精子递送到女性生殖道中以达到使女性受孕目的的一种辅助生殖技术。

5. 参见《人类辅助生殖技术管理办法》(2001年2月20日),引自国家卫健委官网(<http://www.moh.gov.cn/mohzcfgs/s3576/200804/29614.shtml>),访问于2018年6月9日。

6. 在采用“试管婴儿”技术之前,医生会对夫妇双方的身体状况进行评估。如果人工授精两个周期仍未受孕(其成功率一般为15%到20%),医生才会建议采用试管婴儿技术。

症,每10对夫妻里至少有1对患有原发性不孕或继发性不孕。⁷至2002年,全球已有将近100万的婴儿通过辅助生殖技术出生,在一些欧洲国家这一比例达到5%左右(Vayena, *et al.*, 2002)。根据中国人口协会2012年发布的数据,中国不孕患者已超过4000万人,平均每8对夫妇中就有1对夫妇存在生殖障碍。⁸自1988年中国第一个试管婴儿于北京医科大学第三医院(现为北京大学第三医院)诞生后,我国的辅助生殖机构发展迅速。国家卫健委官网数据显示,2007年全国已有95家机构获得开展辅助生殖技术的资格,2012年底增至365家,2016年底达到451家。⁹

在主流叙事中,辅助生殖技术常被誉为不孕患者的“福音”,是治疗不孕的“希望技术”(Franklin, 1997: 190 - 197)。然而,云姐开始试管治疗后“半夜惊醒”,以及其他已成功受孕的个案的治疗经历,鲜活地展示了辅助生殖技术的“另一面”:在整个辅助生殖技术治疗过程中(以及治疗前后),女性常常处于极度焦虑的状态之中。结合民族志调查,本文试图回答:是什么造成了女性患者既抱有希望又深陷焦虑的体验?她们如何在地方文化情境中处理这种复杂体验?既有研究指出,女性患者的焦虑主要源于医学的不确定性(Franklin, 1997; Bharadwaj, 2006; 赖立里, 2017),技术也进一步加剧了对女性患者的控制和伤害(Thompson, 2002)。本文的基本观点是,作为一种具身(embodied)体验,希望和焦虑交织并存,一方面它们是社会文化情境(不限于技术本身的不确定性)在女性身体上的显现;另一方面,女性在感知这些体验的同时也积极援引既有的文化资源处理这种复杂情绪,进而带着希望在不孕治疗的道路上前行。

本文的田野地点是华南Z医院的生殖医学中心(以下简称“生殖中心”)。该生殖中心自1990年诞生第一个试管婴儿以来,现每年进行试

7. 根据世界卫生组织(WHO)的定义,不孕(*infertility*)是指一种生殖系统疾病,一年及以上规律的无避孕性行为仍未成功怀孕即为不孕。原发性不孕(*primary infertility*)是指从未怀过孕的不孕症;继发性不孕(*secondary infertility*)是指曾有过怀孕后出现的不孕。引自世界卫生组织官网(<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>),访问于2018年6月1日。

8. 《卫计委:中国年均完成辅助生殖技术治疗70万例》(2016年3月9日),引自人民网(<http://health.people.com.cn/n1/2016/0309/c398004-28184637.html>),访问于2018年6月4日。

9. 《经批准开展人类辅助生殖技术和设置人类精子库的医疗机构名单》,引自国家卫健委官网(<http://www.nhfp.gov.cn/zhuz/szjg/201612/bddb71b3de8543f292ba5bbd81c6e750.shtml>),访问于2018年6月10日。

管治疗 4 000 多个周期。2016 年 10 月至 2017 年 3 月,本文第二作者以志愿者的身份进入 Z 医院辅助生殖中心,先后在 B 超室分诊台、贴单处、档案室等岗位协助医生和护士处理基础工作。其间,本文第二作者共访谈了 60 名女性患者、3 名男性患者、2 名患者亲属和 7 位工作人员。2017 年 3 月至 6 月,通过上一阶段的调查,本文第二作者与 15 位女性患者建立了良好关系,通过微信、电话等保持联系,并不时在其前往辅助生殖中心治疗时陪同前往,以追踪其不同阶段的诊疗体验。需要特别说明的是,由于我们的调查地点是正规的有资质的生殖中心,诸如代孕、卵子买卖等国家明令禁止的行为并未出现在本文的资料中。文中个案的基本信息见表 1。

表 1:文中个案信息列表

序号	姓名	年龄 ¹⁰	职业	婚育状况	治疗情况
1	云姐	38 岁	家庭主妇	一婚,儿子 7 岁	一代试管第一周期
2	枫姐	41 岁	工人	一婚,儿子 15 岁	一代试管移植一次失败;二代试管移植两次,4 个月胎停
3	丝璐	36 岁	原销售,已辞职	一婚无子女,二婚 2 年	两次人工授精失败;二代试管第一次移植 8 周胎停,第二次移植双胎
4	欧岚	34 岁	原外贸,已辞职	一婚,婚龄 6 年	两次人工授精失败;一代试管两次移植,单胎
5	赵姐	29 岁	无工作	一婚,婚龄 5 年	一代试管两次移植,单胎
6	唐英	34 岁	销售	一婚,婚龄 2 年	刚确定试管方案
7	云荣	39 岁	未知	二婚,与前夫育有一女 14 岁	一代试管促排阶段
8	梦圆	32 岁	无工作	一婚,婚龄 7 年	二代试管三次移植,单胎
9	何天	33 岁	未知	一婚,婚龄 7 年	二代试管第一次移植失败,访谈时为第二个周期促排阶段
10	小翠	26 岁	无工作	一婚,婚龄 1 年	一代试管一次移植,单胎
11	叶子	27 岁	职校老师	一婚,婚龄 4 年	一代试管两次移植,单胎
12	彩霞	29 岁	无工作	一婚,婚龄 4 年	二代试管两次移植失败,第三次移植双胎胎停,第四次移植成功,单胎
13	沈妙	34 岁	无工作	一婚,婚龄 8 年	二代试管两次移植失败,访谈时为第三个周期促排阶段
14	叶虹	27 岁	国企工人	一婚,婚龄 3 年	一代试管第一次移植宫外孕,访谈时为第二个周期的身体检查阶段
15	刘莎	31 岁	无工作	二婚,婚龄 5 年,无子女	三次人工授精失败;一代试管移植两次,单胎
16	程丹	28 岁	无工作	一婚,婚龄 3 年	二代试管第一次移植失败,访谈时为第二个周期的促排阶段
17	夏莲	44 岁	小学老师	一婚,女儿 18 岁	身体检查阶段

10. 指访谈时被访者的年龄。

二、文献评论:技术、地方情境与具身化

辅助生殖技术在全球的推广挑战了我们曾习以为常的诸多观念。性与生殖的关系被打破,自然与文化的界限变得模糊,精子、卵子、子宫能否作为礼品或商品,甚至异性恋与同性恋、神圣与世俗、生殖旅游(reproductive tourism)、胎儿性别选择等都因此成为讨论的焦点(Inhorn and Birenbaum-Carmeli, 2008; Nahman, 2016; Gammeltoft and Wahlberg, 2014)。过去三十年,辅助生殖技术及其衍生的法律、伦理等问题引起了诸多学者的关注(如王延光, 2007; 邵福忠, 2009; 杨帆, 2010; Luna, 2002; Becker, 2000)。由于这项技术直接指向人类学的经典领域如亲属关系、婚姻家庭、性、身体等,因而特别受到人类学学者的关注。大体上看,人类学(也包括部分科技与社会的研究,简称“STS”)研究辅助生殖技术主要基于以下两个方面:一是在地方文化情境下重新检视这项技术,思考技术与社会之间的关系;二是直接关注技术作用的对象尤其是女性的体验,反思技术对女性身体的干预、控制乃至破坏,这一视角尤为女性主义学者所秉持。

(一)辅助生殖技术与地方社会情境

就生育的生物学解释而言,辅助生殖技术引起的怀孕仅是夫妇精子与卵子相遇的结果,这种标准化的技术操作试图使身体从伦理道德和社会关系中脱离出来(Franklin, 1997)。然而,既有的研究表明,即便是在欧美国家,辅助生殖技术实践也很难与当地的宗教信仰、亲属关系等割裂开来,家庭理想和规范亦会对辅助生殖技术的实践方式产生影响(Inhorn, 2002; Roberts, 2012; Simpson, 2013)。作为辅助生殖技术的“接收端”,地方社会基于其独有的社会、宗教、经济、政治等观念,束缚技术的运用或重新配置技术以适应该地的社会文化情境(Inhorn, 2002, 2003)。

在一些国家和地区,辅助生殖技术的推广和应用应被置于政治经济框架中去理解。以色列政府极力支持辅助生殖技术的发展,甚至将其纳入国家医疗保险计划。1996年3月,以色列成为世界上第一个代孕合法化的国家,其相关技术水平领先世界。以色列鼓励生育一是为了保证兵力,与周边国家抗衡;二是为了弥补在大屠杀中丧生的600万人口(Kahn, 2002)。在中国和印度等控制人口的国家,医疗机构将辅助生殖技术定位为“有效的计划生育的补充”,在优生学指导下,辅助生

殖技术甚至被宣传为生育健康后代特别是智力体力超群后代的医学措施(Bharadwaj, 2000; Handwerker, 2002)。

诸多学者注意到了政治经济的不平等在辅助生殖技术领域的显现。从全球范围来看,辅助生殖技术并非“为所有人所用”(for everyone)(Daar and Merali, 2002; Inhorn, 2003)。与发达国家相比,发展中国家更难使用辅助生殖技术;从阶层来看,穷人、有色人种等群体很难承担这项技术的费用。即便在美国,往往也只有精英阶层才能承担辅助生殖技术的治疗费用。也就是说,辅助生殖技术呈现为一种“分层化生育”(stratifying reproduction)(Rapp, 2000; Becker, 2000)。这项技术的都市化、全球化也催生了生殖旅游,不孕的富人尝试去大都市医疗中心寻求治疗方案,甚至通过国际分工来生育“自己的孩子”,比如寻找卵子捐献者和代孕母亲(Nahman, 2016; 贝克, 2014)。

更多的学者是从亲属关系以及相关的文化约束上审视这项技术。辅助生殖技术打破了“自然”的孕育过程,挑战了人们长久以来认定的亲属关系和生育形式(Lock and Nguyen, 2010; Strathern, 1992; Inhorn and Birenbaum-Carmeli, 2008; Bharadwaj, 2003; 朱剑峰, 2016)。罗马天主教拒绝任何将人类生育与性行为加以分割的行为,拒绝用技术干涉上帝的意愿,反对辅助生殖技术(Luna, 2002)。伊斯兰教也严格限制任何形式的第三方捐赠精子或卵子,因为第三方捐赠可能导致“关系的混合”,切断父母和子女之间的血缘关系,带来血统和继承的问题,也可能导致匿名捐献者子女间的乱伦婚姻。在父权制盛行的埃及,受教育程度较低的人士有着根深蒂固的单性生殖观念,认为只有男性精子携带遗传物质。辅助生殖技术证实了精子和卵子对生育具有同等贡献,男性为生育提供“一切”的观念被打破(Inhorn, 2003)。在印度,涉及捐赠的不孕治疗被认为破坏了家庭的文化边界,不孕夫妻倾向于秘密接受他人捐赠的精子,以最低限度维持与婚姻的联系;亲属关系结构也会弹性地包容这些“不可见”的违规行为(Bharadwaj, 2003)。结构主义大师列维-斯特劳斯(2017)也曾讨论辅助生殖技术,他认为,这项现代技术涉及的类似方法(主要是种的延续的方式)在其他社会早已存在,而问题的关键是如何处理生物性父母与社会性父母的关系。¹¹

11. 费孝通(1998)在《生育制度》中也讨论过社会性父母和生物性父母的问题。

技术与社会的交织一直是人类学者及 STS 学者研究辅助生殖技术的关键切入点,以展示生物医学技术在世界各地如何被生产、接受、修改甚至被抵制的过程(Inhorn,2007)。上述相关研究让我们看到了辅助生殖技术外在的社会背景,显示出地方政治、经济、宗教、家庭、亲属关系对“自然的”“合适的”生育形式的界定,而这些社会语境直接影响人们认同或拒斥这项技术。但我们应注意到,过于强调技术背后的结构性因素可能使我们对技术作用对象的体验视而不见,忽视技术对人及其身体的改造以及可能带来的苦痛,失去对技术本身的批判以及对人的基本关怀。

(二)辅助生殖技术中的女性体验

与关注辅助生殖技术所处的宏观的社会文化情境不同,一些学者尤其是女性主义学者更注重女性(偶尔也涉及男性)的体验,其研究的目的在于打破对“希望的技术”的美好想象,认为技术进步并没有将女性解放出来,反而加剧了对女性身体的控制,再生产了对女性的既有规范(Thompson,2002)。在辅助生殖技术时代,不孕的“社会戏剧”在欧美女性身体上展演。不论夫妻双方谁有不孕问题,最终由女性承担不孕带来的痛苦和耻辱,也由女性承担主要的不孕治疗,包括治疗周期中对身体的监控、失望与希望并存的复杂情绪以及在成功率和身体风险间的艰难抉择。在治疗过程中,女性的身体被看作需要医学干预的“机器”,而身体机能不受控会给女性带来贬值的自我认知,甚至在治疗结束后也有女性将身体病态这一观念铭记于心(Balen and Inhorn,2002; Greil,2002;Clarke, *et al.* ,2006;Inhorn,2003;Becker,2000)。

富兰克林(Franklin,1997)在英国的研究重点关注了辅助生殖技术治疗引发的女性焦虑。辅助生殖技术在宣传中被描述为“予自然生育以辅助的”“简单的”“自然的”技术手段。然而,在实际治疗过程中,女性却体验到无比复杂的治疗流程,治疗几乎成为女性生活的全部。不仅如此,周期中可能失败的环节也难以预测,充满了不确定性,每一阶段都存在高风险,有些失败甚至是无法解释原由的,是“不明原因的”。因此,一些接受治疗的女性常将她们的实际体验描述为“障碍赛”(an obstacle race)。尽管一些女性事先对此已有充分了解,但情感和心理上依旧倍受创伤,甚至因为治疗变得“绝望”。然而,面对令人绝望的治疗失败,在各方压力下,她们不得不依旧表现出对科学的信念,认

为技术治疗是“必须尝试”(having to try)和“必须选择”(having to choose)的程序。

具体到辅助生殖技术中的某些环节(如胚胎移植前的检测技术、产科超声检查技术等),原本是为了加强生育控制、制造积极的生育结果,却将女性及其家人置于一个充满偶然事件、矛盾心理和方向迷失的境地(Gammeltoft and Wahlberg,2014)。很明显,一些技术手段并非仅服务于辅助生殖,而是广泛应用于所有的生育检查中。比如产前检查会加剧孕妇的疾病风险意识和健康责任伦理,形成焦虑的母职体验(林晓珊,2011)。产后的新生儿疾病筛查同样如此,疾病与健康之间的界限是模糊的,无临床症状的孩子是否被诊断为患病,即便是经验丰富的医生也难以确切回答,以致新生儿的家人尤其是母亲时常处于不安之中(Timmermans and Buchbinder,2013)。

可见,辅助生殖技术在提高人类健康水平的同时,也在制造痛苦、焦虑的体验。这些体验印证了医学科学本身是充满风险和不确定性的领域(Webster,2002)。然而,我们应该注意到,不确定性并不仅仅制造负面意义上的焦虑,它也意味着希望的存在;焦虑作为一种由个体身体习得的情感体验,无法脱离整体的社会文化语境。如果只看到技术的不确定性带来的焦虑这一个面向,就会陷入对生物医学技术的盲目批判中。

(三)本文的理论思路和方法论策略

上述文献无疑增加了我们对辅助生殖技术的整体认识和理解。首先,辅助生殖技术为我们提供了探析技术与地方社会文化情境关系的机会。技术本身是社会的产物,它的运用和实践必然根植于地方的社会文化情境中,只有被文化规范、权力关系等认可,才可能被实施(希林,2011;Inhorn and Birenbaum-Carmeli,2008;Webster,2002)。其次,辅助生殖技术远不是当前医学和媒体等塑造的美好神话,人们尤其是女性的体验反映了它带来的苦痛:压力、紧张、焦虑和无奈,以致对身体的过度剥夺。很明显,前者的兴趣在于“情境”(context),目的在于揭示技术应用的社会基础;后者表面的兴趣在于“体验”(experience),实则借患者痛苦的体验实现对技术和社会的批判。因此,从根本上说,两者均强调外在的环境:无论是社会情境还是技术本身,都没有给个体“体验”以及女性的主体性以应有的位置。

本文的理论构想意在给女性体验以本质地位,也试图弥合情境与个体之间的罅隙。通过收集民族志资料,本文试图详尽展现不孕夫妇(尤其是女性)在辅助生殖过程中(包括治疗前后)倍感焦虑又充满希望的矛盾体验。这种体验具有一体两面的特性:一面是地方情境以及技术对身体的控制塑造了上述矛盾体验;一面展现了女性在感知上述体验时也积极从既有的文化资源中习得策略,以应对社会情境的束缚,彰显其主体性。

如果我们不仅强调社会文化情境对身体的塑造,也将人的主体性纳入思考的范畴,这就需要一种方法论的策略。“具身化”(embodiment)具有化解情境与个体、结构与行为、社会与生物二元对立的学术潜力。“身体”(body)是一个生物性的物质实体,而具身化则属于方法论的领域。以梅洛-庞蒂(Merleau-Ponty)、布尔迪厄(P. Bourdieu)、罗克(M. Lock)等为代表的学者,将具身化作为一种转化器或者一个纽带,试图超越长久以来困扰哲学、人类学及相关学科的主观与客观、行为与结构、生物与文化的二元论。梅洛-庞蒂(2005)的知觉现象学认为,身体是世界关系中的一个存在(setting),意识是身体对这个世界的投射,也就是说知觉开始于身体并通过反思性思考作用于对象。就知觉而言,没有主客观的区别。对梅洛-庞蒂而言,身体从来不是一个简单的生物性客体,而是意识的具身化,是意图及各种实践的起源地。布尔迪厄(2017)的实践理论也强调,文化既非源自个体的动机和行动,也不是潜在规则和结构的产物,而是社会行动者依据身体习性(habitus)积极建构出来的,是被先前的规则所约定的结果,是规则、行动及行动策略之间互动的产物。通过具身化策略,布尔迪厄的实践理论既赋予结构以地位,也赋予行为以自主性,他试图在个体行为决定论和结构决定论之外,寻找其他的出路或替代性立场。罗克等学者(Lock and Nguyen, 2010)则更强调具身化的情境性及由此引发的变动性和可塑性:身体和文化相互交织,不可避免地处于进化的、历史的、生命周期的和周遭环境的时空变动之中,具有可塑性和偶然性(contingent)特征。¹²

12. 对具身化理论脉络更为详尽的讨论可见相关研究(如余成普, 2016; 张文义, 2017; 郑震, 2009; Csordas, 1993)。

秉持具身化这一理论洞见,本文所诠释的辅助生殖技术中女性患者的体验不是个体心理层面的情绪范畴,而是一种“具身的”(embodied)体验。它强调女性身体与外在情境之间相互交织的关系(如图 1 所示):外在情境(如社会道德压力、医疗技术的不确定性等)对女性患者的身体进行塑造乃至控制,并通过她们的感知和体验加以呈现;女性基于地方社会情境(如医学话语、食疗文化、民间信仰等)也积极采取行动和策略(如身体调理、拜观音等)参与到不孕治疗的进程中。由于女性在治疗的不同阶段展现出微妙的、有差别的体验,我们亦将她们体验的变动性和过程性纳入分析框架。



图 1: 本文的分析框架

三、三重道德压力

已有的民族志资料显示,面对生育,任何社会、文化、宗教、法律都不是持中立态度的(Vayena, *et al.*, 2002),主流观点认为生育才是“正常的”(normal)人生课题。在大多数西方社会,生育与个人幸福、性别角色挂钩,即便个人在是否生育这个问题上有选择权,不孕依旧被看作连续人生的中断,是实现性别角色的失败,是对社会关系稳定性的挑战。在非西方社会,生育常被认为是家庭和社会延续的基础,不孕往往被污名化,甚至可能引发婚姻的破裂,甚至是对女性的社会排挤和暴力(费孝通, 1998; Balen and Inhorn, 2002; Pashigian, 2002; Greil, 2002)。从根本上说,生育的文化必然性成为不孕夫妇选择辅助生殖技术的主要原因。然而,生育文化还认定了何种生育形式才是“正常的”(Balen and Inhorn, 2002)。辅助生殖技术可能被认为打破了人们对自然生育的期待,破坏了传统的亲子关系,甚至带来想象或者事实上的污名。因此,对求助于辅助生殖技术的女性来说,她们至少面临着不孕、辅助生殖以及下文所言的国家政策的三重道德压力。

34 岁的欧岚 2011 年结婚,一直未孕,迫于家庭和社会的压力,她

不得已辞去工作,专门腾出时间调理身体。说起辞职的理由,她现在依然懊悔不已。

我傻,辞职的时候说自己可能去试管要先调理身体半年。结果还没走,公司上下都以为我辞职就是直接去试管的。之前有同事跟我聊天,我说到时候不行就去人工授精,她还问“你老公这也同意啊”,言外之意以为精子不是我老公的。现在肠子都悔青了,不该说的。不过我怀上了我也不会告诉她们是试管的,就说是中药调理好的,打了排卵针而已。(欧岚,34岁,2011年结婚)

不孕本是看不见的(invisible)疾病(Greil,2002),却可能转换成对个人(尤其是女性)的道德判断(桑塔格,2003)。在当下媒体广泛报道和身边众多真实案例的情境下,试管技术已成为家喻户晓的神奇技术。然而,人们对此的态度却是谨慎、充满疑惑的,甚至怀疑“经由试管出生的不是自己的孩子”。社会对不孕和试管技术的双重道德判断,是案例中欧岚以及其他借助辅助生殖技术的夫妇不愿向亲友、同事甚至将来的孩子透露他们求助于该技术的根本原因。

即便如此,相对于不孕的污名和道德压力,人们在不得已的情况下仍会选择辅助生殖技术这“最后一根稻草”。对大多数患者来说,自然怀孕都是第一选择。即使有的患者已经开始辅助生殖技术治疗,也不会放弃尝试自然怀孕。在调查中,不时听到在患者间口口相传的某位患者试管失败后反而自然怀孕成功的喜讯。在自然怀孕未果的情况下,女性患者首先尝试看中医、西医或其他民间医疗手段,通过调理身体、手术(如疏通输卵管)甚至仪式治疗不孕,在这些尝试都无效后才会选择辅助生殖技术。这也意味着辅助生殖技术往往是治疗不孕的最后选择。

赵姐今年29岁,四川人,2011年结婚。她丈夫是珠海人,婚后两人一直生活在成都。赵姐一直有月经不调的症状,婚后一年也没有怀孕的迹象。她先是求助于重庆一位有名的中医,治疗一段时间后果然怀上了孩子,但是怀孕两个月的时候流产了。之后,赵姐一直没有怀孕,于是她又去医院检查。这一次她看的是妇科,医生说她的一侧输卵管有问题,需要做手术,手术后半年内如果还没有怀上孩子,就可能是输卵管粘连了。半年后仍没有怀孕,赵姐接受了第二次输卵管手术,这

一次医生也向她提出了试管婴儿的建议。

自己小县城出生的,不像广东这边,那时候根本不知道试管婴儿是什么,以为不是自己亲生的孩子,就说打死也不来做试管婴儿。半年之后还是没怀上孩子,才开始慢慢了解试管婴儿是什么。(赵姐,29岁,2011年结婚)

赵姐的求医经历颇为艰辛。为了怀孕,她先后经历了医学(中西医)对身体的调理和改造,直到婚后第五年才决定求助于辅助生殖技术。她最初也认为试管婴儿“不是自己亲生的孩子”,然而,当中西医的治疗均无效后,她最终意识到辅助生殖技术是治疗不孕的最后希望。

未曾生育的患者会在采用辅助生殖技术前尝试很多其他的治疗手段,打算生育二孩的高龄女性对辅助生殖技术的选择则显得更为果断。由于已经有一孩“垫底”,相对于原发性不孕,打算生育二孩的女性的继发性不孕面临的污名和压力相对小一些。但她们的劣势在于年龄,她们往往视辅助生殖技术为“最直接”的助孕手段,急切地想通过这项技术让自己赶上生育二孩的末班车。与前文的云姐类似,44岁的夏莲也是在“全面二孩”政策出台后,于2016年8月决定求助于辅助生殖技术。

去年政策下来后,就觉得现在有这么个机会,浪费真的不甘心。去年先在清远医院看了下,医生说条件很好,就回家备孕了,但是一直没有怀上。再检查的时候,果然出问题了,医生说输卵管有一边堵住了……我和老公也是自己打拼过来的,这么多年,现在已经买下三套房子了,又买了车子,又有了政策,真是很想再生一个。(夏莲,44岁,女儿18岁)

独生子女政策的推行让“少生、优生”逐渐成为“自觉”的现代生育文化。然而,我们注意到,强调少生的独生子女政策并没有否定生育,反而强化了每个女性“必须”生育一个孩子的观念,政策甚至演变为“必须一孩”政策(Handwerker,2002)。这实际上给尚未孕育子女的育龄女性带来又一重压力。有女性夸张地表示,看见街上的孕妇都会生气,“凭什么别人生孩子都那么容易”;也有人坦言拿到准生证后害怕接到居委会询问有无怀孕的电话,“我也很想早点去登记啊”。在二孩政策的推动下,“儿女双全”的传统生育文化重获生命力。国家统计局的调查数据显示,2017年出生的二孩占全部出生人口的比重为51.2%,首

次超过一孩的出生比重。¹³对一些已育有一孩的夫妇而言,她们渴望再生育一个孩子,却不得不面对自己年龄大、生育能力下降的现实。对尚在试管周期努力生育一孩的女性来说,她们既希望通过试管怀上双胞胎,最好是龙凤胎,“一次性解决所有问题”,也面临压力,眼见着其他女性已经在为二孩奋斗,自己还在“拼一孩”。

笔者观察发现,在生育政策放开后生殖中心也面临需求激增的局面,前来寻求辅助生殖技术治疗的不孕不育夫妇骤然增多。¹⁴一时间,生殖中心的配套设施与服务面临供不应求的局面。据病人反映,接受一代或二代¹⁵试管技术治疗的病人,原来完成各项身体检查后便可直接进入试管周期,但是自2016年年中开始,病人完成身体检查后需排队才能进入治疗周期,有时甚至需要等一到三个月甚至更长时间。

在这个过程中,我们既看到传统生育文化的延续,也看到国家在控制人口和女性身体方面的权力和治理能力(福柯,2012;阎云翔,2006)。2014年和2016年,地方政府先后启动“单独二孩”和“全面二孩”政策。国家的生育政策与传统的生育文化合谋(加之媒体的渲染),使生育二孩不仅具有科学和政策上的依据,更具有道德的约束力。生育二孩对国家来说是一项政策倡导,对家庭来说可能是美好的期许,而对女性尤其是高育龄女性来说,则意味着需要不断进行身体调理、改造和修复,这也是焦虑和压力的来源之一。

13.《2017年我国‘全面两孩’政策效果继续显现》,引自国家统计局官网(http://www.stats.gov.cn/tjsj/sjjd/201801/t20180120_1575796.html),访问于2018年5月25日。

14. 需要注意的是,“全面二孩”政策带给普通女性的压力可能较小,而对尚未怀孕的女性或者想生二胎但由于身体和年龄原因无法自然怀孕的女性无疑产生了较大压力。另外,女性求助于辅助生殖技术生育二孩,无疑是国家二孩政策放开的结果,但这并不能说明国家政策放开后中国的人口出生率必然上升。一个是医疗实践的问题,一个是整体生育情况和人口统计学的问题。

15. 试管婴儿技术主要包含三种:第一代试管婴儿技术即体外受精联合胚胎移植技术(In Vitro Fertilization,简称IVF,以下简称“一代试管技术”),主要解决因女性身体原因导致的不孕,如输卵管堵塞、子宫内膜异位;第二代试管婴儿技术即胞质内单精子注射技术(Intracytoplasmic Sperm Injection,简称ICSI,以下简称“二代试管技术”),主要解决因男方问题导致的不孕,如精子活力弱、精子畸形率高;第三代试管婴儿技术即着床前胚胎遗传诊断(Preimplantation Genetic Diagnosis,简称PGD,以下简称“三代试管技术”),主要解决父母双方携带遗传疾病的问题,如地中海贫血症、染色体变异(参见彭靖、卢大儒,2010)。

四、治疗过程的不确定

生物医学问世至今在提高人类的健康水平上发挥了重要作用(Lock and Nguyen, 2010), 然而, 在对科学和进步的反思中, 科学的局限开始呈现在公众面前(贝克, 2004)。医学——经常被标定为自然科学的分支——无疑是充满风险和不确定性的领域(Webster, 2002)。具体到生殖医学上, 母体成功怀孕时, 生物学上的“生命事实”(facts of life)能够提供因果解释, 而当人们不孕或者孕育失败时, 往往难以找到确切的生物学解释(Franklin, 1997), 医生给出的解释经常是“不明原因”“可能是输卵管问题”“子宫内膜可能太薄”等不确定的答案。怀孕变成了既简单又复杂且难以预测的过程。面对这种不可控、不确定的事件, 人们往往会有焦虑的体验(梅, 2010; 张慧、黄剑波, 2017)。然而, 结局的不确定也暗含着出现转机的可能, 女性在焦虑之中依然保有希望。

(一) 流程的复杂与身体的不可控

对大多数不孕患者来说, 辅助生殖技术的流程复杂性超乎想象。在生殖中心发放的《新病人接待流程》中, 仅显示了挂号、就诊与评估、审核三证¹⁶、签署知情同意书、进入治疗流程等阶段。即便患者通过他人讲述和网络资料提前对此有所了解, 一旦真正进入技术周期, 辅助生殖技术流程的复杂依旧让人眩晕。

对新患者来说, 身体检查是真正了解试管的开始。这一阶段是患者正式进入试管周期前的准备阶段。女性需要检查卵巢功能组合、梅毒组合等至少 15 个项目, 男性需要检查梅毒组合、精液常规等 5 个项目。医生会基于患者的身体检查结果确定合适的治疗方案。进入试管周期后, 第一步是促排卵, 先使用降调节药物抑制脑垂体使其对雌激素不敏感, 防止女性过早排卵, 再使用促排卵药物刺激多个卵泡同时发展。在此期间, 女性需要每天注射药物, 并定期通过阴道 B 超监测卵泡的生长情况。第二步是夜针和取卵、取精, 卵泡检测板显示两条杠标志着卵泡的成熟, 于当日晚上九点左右给女方打夜针, 并在隔天进行取卵术, 取卵术的同时需要取男方的新鲜精液。第三步是胚胎培养, 实验

16. 夫妻双方的结婚证、身份证和计划生育服务证。

室将精子和卵子结合,并观察卵子受精情况。第四步是移植,一般在取卵后4到6天,医生会根据规定选择一定数量的胚胎移植进女方的子宫,移植前后女性要持续注射黄体酮提供黄体支持。第五步是验孕,移植后14天左右女性可通过验尿、验血判断是否怀孕,若怀孕则继续使用黄体支持两个月,若未怀孕则停止使用药物(庄广伦,2005)。

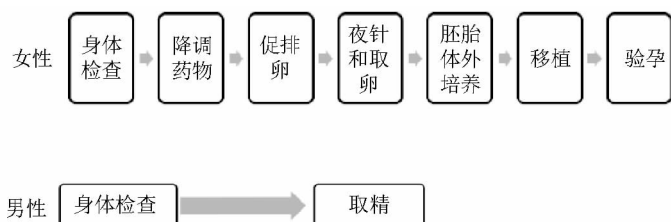


图2：一代试管技术和二代试管技术的常规流程

作者访谈那天,唐英刚确定试管方案,正式进入试管周期,这是她第一次进行试管治疗。说起开始试管以来的心路历程,唐英的眼泪不自觉地流出来。

这么久以来,感觉自己一直很迷茫,都不知道下一步具体要干什么。什么是长方案、短方案啊?刚刚聊天的那个姐妹说,她用的是长方案,我好懵,都不知道是什么,只知道医生让我月经20天后来检查。那些姐妹们还在说什么鲜胚、囊胚,之前听(专题)讲座的时候,那个老师说过,但是我也没看懂这两个到底有什么不同。之前去检查白带的时候,也是来了才知道,要月经干净4天以上,并且不能同房。好烦,之前怎么就不知道呢,搞得只好再来一次。(唐英,34岁,2016年结婚)

正如很多新患者的描述一样,复杂的试管流程和医学术语让唐英感到迷茫。她自认为已经熟悉整个流程,无非就是身体检查、促排卵、取卵等各个阶段。然而,真正进入具体的试管流程后,她才切身体验到各个阶段的复杂性,比如卵巢功能检查要在月经期间的第2天到第5天进行,白带常规检查要在月经干净4天以后且不能同房。鲜胚、囊胚这些难懂的医学名词也变得和自己息息相关,关系到未来的孕育结果。

真正进入试管流程后,任何环节都成为患者想要精确掌握的内容,譬如检查和打针的具体时间段、各个阶段的饮食要求,因为任何细小的

环节都可能影响周期的顺利进行。面对激增的患者数量,医生和护士常常没有时间一一解答患者的疑问。因此,患者之间乐于交流各种医学术语和医学流程,以增加自己的经验。个别知识丰富的患者不仅对试管流程特别熟悉,还能解释各项检查指标的含义,甚至成为一群患者中的“智库”,帮其他患者解答困惑。然而,正如赖立里(2017)所言,患者通过不断增加知识来应对复杂的流程,这一看似理性的行动也可能导致“继发焦虑”,正所谓知道的越多,越慌乱。

与试管流程的复杂性对应的是患者身体的不可控(尤其是女性月经的周期、子宫内膜的厚度),这更让患者束手无策。遥遥无期的等待和变数消磨了她们原有的期待和兴奋。

这一次例假来的时候,都推迟 11 天了,取完卵咋影响这么大呢。每天都感觉小腹胀,但就是不来。有一天做梦都梦到自己来(月经)了。真是天天盼姨妈来,等月经来了好来开冷冻病历。本来预约了 12 月移植的,每个月推迟,加上上个月过年放假又耽误了一次,推着推着时间到 2 月也还没进周(试管周期)。我都不知道要不要去医院看一下了。(云荣, 39 岁,二婚,女儿 14 岁)

第三次月经还没来的时候,真是不知如何是好,担心下次移植不知又要推到何时了。例假不来,真是太抓狂了。第三次推迟了十几天。有些检查不过关,也要治,好想大哭哦。我也想早点移(植),一直等,一直等,一直等。又担心吃药的话,下次例假更受影响。移植的事遥遥无期,之前移了两次都失败了,真想哭啊。(梦圆,32 岁,2009 年结婚)

我上一个周期的时候,月经第五天开始吃克罗米芬,到第十天的时候,B 超内膜只有 3.6(毫米)。医生当时给我开了药,补内膜。但是第十二天去做 B 超的时候,内膜只有 3.8(毫米)。医生就说我内膜太薄了,让我放弃这个周期,就让卵泡排掉了。真是命苦啊,一个又一个月的等啊,等啊。(枫姐, 41 岁,2001 年结婚,儿子 15 岁)

可以说,辅助生殖技术的开展是以女性的月经周期为时间单位的,月经来潮成为女性进入下一阶段的“准入证”。然而,月经周期的紊乱使既定的试管流程变得不确定。案例中云荣和梦圆的焦虑已经引起了

身体上的反应——“每天都感觉小腹胀”“做梦都梦到自己来(月经)了”“真是太抓狂了”“好想大哭哦”“真想哭啊”。她们甚至认为月经周期的紊乱本身就是试管治疗(尤其是使用激素类药物)的结果。这似乎说明,依照特定周期设计的试管技术本身就在制造周期的不确定性。这也印证了凯博文(Kleinman, 2010)在讨论社会苦痛(social suffering)时的一个观点:社会制度(如医疗系统)本来是为了回应苦痛的,反而可能使苦痛更严重。

通常来说,子宫内膜的厚度达到 8~12 毫米才被认为是最佳的着床环境。按照患者常用的比喻,内膜就像土壤,太薄或者太厚都不利于胚胎这颗种子着床。如果子宫内膜厚度不太理想,医生会根据情况建议患者放弃该周期或者取卵配成胚胎后先行冷冻胚胎,待患者子宫环境合适时再行移植。对患者来说,无论哪种情况都意味着周期被打断,进入下一阶段的时间变得不确定。月经、子宫内膜本是女性身体的一部分,女性却感觉自己无法控制自己的身体。这种无法控制身体的体验加剧了自我与身体的疏离,也使未来的试管流程难以预知,成为女性自我挫败感和悲伤的来源(Clarke, *et al.*, 2006)。

(二)“步步惊心”

不孕女性常用“步步惊心”来描述试管治疗的过程。从身体检查到促排卵再到最终的移植孕育,各治疗阶段环环相扣,然而各个阶段都潜藏着失败的可能,比如在身体检查阶段可能身体指标不合格,在促排卵阶段可能卵泡发育不良,在取卵取精阶段可能取卵数量太少,在移植阶段可能胚胎不着床,即使胚胎成功着床也存在生化妊娠的可能。失败的可能无处不在,而每一次失败都可能让患者无法进入下一个治疗阶段,导致整个周期失败。在这里,失败是指一个试管周期的失败,意味着女性在这个周期中无法实现生育孩子的愿望;成功则不仅意味着一种相对状态即周期中每个阶段的顺利进行,还意味着一种绝对状态即成功生育(Franklin, 1997)。

辅助生殖中心的宣传册上明确注明 IVF-ET 术后平均妊娠率为 50% 左右。这里的妊娠率指的是临床妊娠率,是临床妊娠周期数除以移植周期数得到的比例(罗燕群等, 2014)。临床妊娠后依旧有流产、宫外孕的可能,这就意味着临床妊娠率要比活产率(存活婴儿出生的比例)高。举例来说,600 名女性进行胚胎移植,其中 300 名女性出现临

床妊娠症状,最终只有 260 名女性成功分娩,那么其临床妊娠率为 50%,活产率为 43.3%。在作者接触到的女性患者中,几乎没有人质疑平均妊娠率 50% 这个数据究竟从何而来,她们首先关注的是这意味着仍有 50% 的概率会失败。对患者来说,失败的可能性高达 50% 让她们心生恐惧。如果说在进行试管治疗之前女性患者还心存侥幸,认为自己会是 50% 成功率中的一个,那么治疗流程开始后,女性对失败的恐惧与焦虑则占据了主导地位。

这段时间都是彻夜彻夜地睡不着。有时候睡着,眼泪都不自觉地往下流。我真的好害怕,好怕这一次失败。总是在想卵巢功能不好怎么办,要是取不到卵怎么办,取到了又想卵泡质量不好到时没有一个可移植的胚胎怎么办。别人像我这样 34 岁的年纪都在拼二胎了,可我还在拼一孩。又担心啊,身体(因为试管)会不会损伤严重,到时候没办法生二胎了。(唐英,34 岁,2016 年结婚)

前文已经提及唐英的案例,她刚进入第一个试管周期,“彻夜彻夜地睡不着”“有时候睡着,眼泪都不自觉地往下流”。在讲述自己的经历时,尽管她想要克制,但眼泪依旧涌出眼眶。唐英是做销售的,她自认为是大大咧咧的性格,但自从接受试管治疗后,对结果的担心和焦虑让她变得特别暴躁,这种情绪甚至波及她的工作和家庭关系。

在试管治疗过程中,存在几个关键节点可检验阶段性的成果,分别是取卵术、胚胎体外培养、移植、验孕和怀孕。下文将以取卵、胚胎培养和验孕这几个关键节点为例来说明辅助生殖技术中的不确定性及女性的体验。

取卵术之所以成为一个关键节点,一是因为女性认为取卵术是整个治疗过程中身体疼痛感最强的环节,二是因为取卵数量直接影响胚胎数量。取卵术全称“阴道内超声波吸入术”,在女性全身麻醉或局部麻醉的情况下,取卵针经阴道超声的指导直达卵巢取卵。女性患者群体常常交流自己的取卵数量和胚胎数量,胚胎数量较多的女性常被调侃为“大户人家”。在这里,卵泡和胚胎被类比为财富。一般来说,年轻女性通过促排卵一次最多可取卵三四十个,30 岁以后女性的生育力开始下降,超过 35 岁则生育力急剧下降,面临卵泡减少和卵子质量下降的状态。取卵术后,实验室将女性卵子和男性精子在体外培养成胚胎(一般为 3 天时间)。在卵子数量多的情况下,质量好的胚胎会多养 2

天,形成囊胚。囊胚形成的过程会自然筛选掉质量差的胚胎,以增加移植成功率。但养囊过程存在风险,若取卵数量较少,为了避免移植时无胚胎,医生通常不建议养囊。年龄与生育力直接挂钩使高龄女性充满危机感,她们常常处于“这是怀孕的最后机会”的焦虑中。

以前整晚整晚睡不着,现在逼着自己睡……取卵前就想不要这次放我飞机啊,我这次好不容易多几个泡泡。我其他不担心,只担心这个月的十个卵泡,好不容易有这么多卵泡,要用上啊。好几天晚上睡了,半夜又醒来硬是睡不着了……取(卵)的时候没什么感觉,出来就觉得受了委屈,眼泪都掉下来了,老公说别人都看着你的,我说我又没有大声哭,我就出来默默流眼泪。不是因为怕痛才哭,我是取完后觉得受了很大委屈才哭的。上天对我们太不公平……其实,结果还算好。我取了5个卵,移两个(胚胎),说冻两个(胚胎)在一个管,我现在真的非常知足了,能配4个我真的很满意了。(欧岚,34岁,2011年结婚)

取也不是很痛,就是取之前的清洗痛得眼泪流,没试过那么痛的。想起去取白带的痛,清洗的痛,打针的痛,各种痛,当时有想放弃的念头。我也不知道怎样才能卵巢功能好点,毕竟年纪也大了点。自己这样(的身体状况),觉得做这个好没信心了。我就是觉得打这些针水没什么效果,我一点胸闷、腹胀的感觉都没有,跟没打时一样。取完卵还隐隐作痛了一个多星期。(何天,33岁,2009年结婚)

取卵术带来的身体疼痛确实是女性感到痛苦的一方面,但更为重要的是技术的不确定性引发的焦虑(经常表现为失眠、流泪)。通过欧岚和何天的案例我们可以看到,卵泡数量、最终取卵数量和最终配成胚胎的数量都是无法预知的。即便欧岚对最终的胚胎情况感到满意,但在之前的过程中她依旧饱受不确定性的折磨,担心难得的身体较好的状况化为幻影。何天不仅感受着身体的疼痛,也质疑药物的功效,比如她没有出现别人常说的胸闷、腹胀等怀孕的迹象。她甚至想放弃求助辅助生殖技术,然而面对各种压力,且对技术仍抱有一丝希望,她坚持继续治疗。

在女性身体状况良好的情况下,取卵后3到5天便可进行胚胎移

植。移植后两周左右可通过验尿、验血的结果判断是否怀孕,这个时刻被女性患者称为“开奖”。“开奖”既是对前期促排卵、取卵、移植等整个周期成果的检验,也是后期保胎或休养的重要前提,因而是治疗中的另一个关键节点。女性成功怀孕被类比为“中了大奖”,这意味着即使借助技术,怀孕依旧充满不确定性。为了判断自己“中奖”与否,除了验尿、验血等医学证据外,女性往往不放过身体一丝一毫的感觉。

我是第八天(验孕棒)测到的,我不敢高兴,怕“诈胡”。我真的不敢高兴,怕失望和打击。(连)老公都没跟他讲呐,想等结果出来再告诉他。其实第9天我就偷偷去抽血看了血值,有四百多。(宝宝)健康聪明平安生下就是我最大的福报了。后面第十二天去开奖了,血值有1800多。医生说有可能双胞胎。可我染色体有些问题,还是得一步步闯关吧。(丝璐,36岁,2014年再婚)

感觉真是度日如年。试管就是磨人的性子啊,凡事淡然,要做到这点好难……第9天的时候子宫姨妈感强烈,(验孕棒印迹)比前几天深,但还是担心“诈胡”……“双十一”的时候去查的血值,873,其实还没到14天,也算是安心了。(小翠,26岁,2015年结婚)

时间过得好慢,就像蜗牛爬行。都觉得别人(移植后时间过得)快,当事人度日如年,应该是我一生中感觉最慢的一周。第十天早晨测的,白板。后面几天也测了好几次,也是白板后都不想再回医院抽血验了。(叶子,27岁,2012年结婚)

从移植到开奖,胚胎最终着床与否充满了不确定性,尽管在技术治疗的过程中,女性已经学会通过胚胎图判断哪种胚胎质量更好,但这并不意味着质量好的胚胎最终能成功着床。她们按捺不住利用各种试纸频繁检测,依然担心“诈胡”。“度日如年”是对她们在这个阶段的状态最真切的写照。在这个过程中,她们也开始严密关注自己身体的变化,以期发现怀孕的迹象。她们不放过身体任何细微的感觉,比如“感觉腹部突然刺痛一下,像针刺一下”“感觉肚子胀”“感觉乳房胀痛”等。在女性患者看来,只要留心自己的身体,就能明显感受到胚胎着床的感觉。此外,患者之间常常会交流各种预示着胚胎着床的奇特信息,比如“(胚胎)成功(着床)的人大部分都放屁了”“腹部刺痛就是中了(胚胎着床)

的感觉”。我们无从知道女性的种种身体感受是否切实,但她们对身体信号分外敏感,确实透露出其对胚胎着床和怀孕可能性的极度关注,也意味着她们面对不确定的结果时的巨大压力。

借助更精准的人绒毛膜促性腺激素(HCG)数值(简称“血值”)检测,她们才最终判断自己是否怀孕。此时,检测显示已怀孕的女性又陷入对怀孕风险的焦虑状态中。血值高低有不同含义:血值过低通常生化妊娠的可能性大;血值高则意味着胚胎着床早或是双胞胎或是病态(如葡萄胎)的可能。女性患者历经身体检查、促排卵、取卵、移植、验孕开奖等阶段,一些女性甚至经历了数个试管周期才终于看到生子的曙光。过程越痛苦,人们越珍惜每一步来之不易的“闯关成功”;人们越珍惜,就越担心宫外孕、流产胎停、胎儿畸形等种种风险。不过,她们常常援引其他案例进行自我安慰,“之前听说另一个姐妹也是我这种情况,但最后还是生下孩子了,一切都说不准呢”。一切都是未知数,质量好的胚胎未必着床成功,验孕血值低也可能成功生育。这些风险和奇迹不只是书本上的概率和数字,而是身边时常听到的真实案例。对这些女性来说,没到生产那一刻,风险不会消退,一切依然处于变动之中,焦虑和希望并存。

辅助生殖技术的不确定性使女性患者意识到失败的可能无处不在,暂时的成功可能稍纵即逝,失败随时会来。试管周期的各个阶段都潜藏着失败的可能,而“不明原因”的失败让女性更加难以接受(Franklin,1997)。人们面对医学的不确定性的一般反应是去寻找更确切的信息,然而,现有的医学知识并不能完全解释辅助生殖技术失败的原因。即便是经验丰富的医生也只能给出“可能的”答案。在这种状况下,女性患者一方面对医学和生育技术本身产生质疑,另一方面也自我安慰,“不确定”何尝不是一种机会和希望。

五、带着希望前行

在生育的道德压力下,女性求助于辅助生殖这项“希望的技术”,但是,试管之路并没有想象的那么“直接”“省事”,反而如同过关,每一关都小心翼翼、如履薄冰。辅助生育技术给身体带来的创伤不言而喻(如取卵时的疼痛、卵巢过度刺激综合征等),但这些创伤是暂时和隐秘的,真正让她们遭罪的是各种压力和不确定性制造的持续的焦虑、无奈和

恐慌。然而,我们亦看到,女性,尤其是尚未孕育一孩的女性,并没有在焦虑中消极地退缩,当辅助生殖技术不为其所控时,她们尝试从自身做起开始调理身体,也可能援引外在的信仰力量消解压力和焦虑。她们的行动一方面呈现了个体的主体性和策略性,另一方面也体现了技术如何嵌入日常生活,又是如何与地方性知识融为一体的。

(一) 调理身体

在福柯(2002:102-105)看来,生物医学技术作为一种“生物权力”(biopower),拥有规训个体身体的能力。正如前文所言,在辅助生殖技术中,很多与身体相关的指标决定着试管周期能否顺利进行,如月经周期、卵子数量和质量、子宫内膜厚度等。这些生物医学话语不断塑造着女性对自己身体的认知,她们通过各种方式管理或者调理自己的身体。在技术不可控的情况下,自己“争口气”,锻炼和食疗是常见的调理身体的方式。

我坚持了三个月健走,坚持了一个月天天晚上泡脚。泡脚真得很好,我现在每晚都不做梦了,睡得很好。反正我该做的也做了,泡脚锻炼,努力去争取,成与败交给上天安排。上天会眷顾有准备的人。动一动的确会好一点。我是之前压根就没重视过运动,从来不运动,去年年底才感悟到身体好是多么重要。(丝璐,36岁,2014年再婚)

三天打鱼两天晒网是不行的。(我)以前也偷懒,今年没有偷懒。移植前每天都坚持跑步。我去年就是懒,泡脚是想起来就泡,想不起来就不泡。今年来广州了,每天去跑步也坚持下来了。(彩霞,29岁,2012年结婚)

锻炼和泡脚¹⁷一直是流行于女性患者群体中的自我调理方法。丝璐和彩霞以前都未意识到锻炼和泡脚的重要性,在接连经历几次移植失败后,她们意识到“身体好是多么重要”,然后选择了跑步、健走和泡脚等方式。在连续几个月进行锻炼后,丝璐和彩霞均胚胎移植成功。她们认为之所以能成功,功劳在于锻炼,她们也迫不及待地向其他女性传达了锻炼的重要性。面对生育结局的不确定性,女性尝试通过多种方式增强自己的身体素质,大有“但凡别人说有功效,就要尝试”之势。

17. 促排卵阶段应避免高温,医生不建议患者此阶段泡脚。

除了锻炼健身,食疗亦是女性积极选择的增强身体素质的方法。常被女性提及的食物包括榴莲、豆浆、花胶、鸡蛋等。

别人都说吃榴莲能长(子宫)内膜,吃苹果会减内膜。前两次我都没吃,这一次真是什么对内膜好就吃什么。最近榴莲都20多块钱一斤了,我吃了三个,好几百块钱呢,第三次(子宫内膜)终于长上去了。(枫姐,41岁,2001年结婚,儿子15岁)

好多姐妹都在喝豆浆,我也是还没开始促排(卵)就在喝,都说对长内膜有帮助。估计就是因为这个,内膜还不错,一直到移植都还挺顺利,我移植后也打算继续喝。(赵姐,29岁,2011年结婚)

艾叶煎蛋加黄酒,用山茶油煎,都是老家带出来的。天天早上空腹喝一碗,调气血暖宫。这是我过年回家一个亲戚让我这样吃的,她说我体质好差要坚持吃。2011年流产后,我就知道身体不如从前啦。那亲戚叫我吃那种野生的,还再三说一定要坚持。(沈妙,34岁,2008年结婚)

榴莲被认为有助于子宫内膜生长,豆浆类豆制品被认为能调节女性体内雌激素与孕激素水平,鸡蛋被认为能补充蛋白质。除以上三种滋补食物外,还有西柚、花胶、海参、燕窝等。为了买到质量上乘的花胶、燕窝等,部分女性甚至专门去香港购买。女性患者间不仅流传着滋补食物清单,还有详细的食谱推荐,除了案例中沈妙提及的艾叶鸡蛋汤,还有红枣枸杞炖花胶、枸杞猪肚汤、鸡汤、鱼汤等。在这些较为常规的食谱外,还流传着一些偏方。

在中国,以“医食同源”“药食同源”为核心的食疗药膳文化一直是饮食文化的重要组成部分,既包括注重日常饮食的“食养论”、以食为药的“食疗方”,还包括以药配食的“药膳”。人们相信,一个人所吃食物的种类和数量同他/她的健康密切相关。在某种意义上,食品也是药品(张光直,2003:254)。如果再结合阴阳、冷热平衡的理念,就更能看出食物与健康的文化精细性。笔者无法判断上文中提到的各种食物(如榴莲、豆浆、花胶、鸡蛋等)对助孕的实际效果,但一旦它们成为“其他姐妹”建议或者不建议食用的,这些食物就具有了道德的意涵,具有了好坏的判断。对这些借助辅助生殖技术的女性来说,虽然各个环节充满了不确定性,但她们还是想通过积极地管理自己的身体或多或少增加

成功怀孕的可能性。她们的积极调理表明她们的努力,而非消极应付,这可以在一定程度上缓解助孕失败时的道德责难。

(二)缘、命与拜观音

面对辅助生殖技术的不确定性以及医学对助孕失败解释的语焉不详,女性通常会寻求精神信仰的支持,尝试与超自然力量建立联系,弥补医学科学自身的不完整性(incompleteness)(Bharadwaj, 2006)。“缘”和“命”成为她们开解自己的习语。

命中有时终须有,命里无时莫强求。上次胚胎着床后,45天的时候去照B超,都6周了,按理说应该可以看到孕囊的。但事实就是没看到,医生也没法判断到底是不是宫外孕了。我不相信,连着几天去查血值,最后果然还是宫外孕了,还在ICU住了两天。哎!缘分很重要啊!(叶虹,27岁,2013年结婚)

试管之前大家都感觉一次能成,经历后才知道要个孩子多不容易,非常不容易。不是给你放两个就一定成两个,移两个(胚胎)成多少个都是缘分。没有缘分,移植10个也未必成。我家里我爸妈、我姐都是属鸡的,我宝宝也是属鸡,看来一家人缘分到了。(刘莎,31岁,二婚,2011年结婚)

叶虹将胚胎移植后宫外孕的发生视作“命”定结局,是和孩子“没有缘分”。即便是在医学技术的帮助下,生育依旧与“命”和“缘”息息相关。刘莎2015年开始接受辅助生殖技术治疗,在经历三次人工授精、两次移植后于2016年底成功怀孕。她将之前的失败视作“没有缘分”,如今终于怀孕则是“缘分到了”,甚至通过腹中宝宝与家中爸妈、姐姐相同的生肖来加强论证。

如何判断是否有“缘分”呢?有些人认为,胚胎已是生命,已有判断与母亲是否有“缘分”的灵性。丝璐经历了移植后双胞胎胎停的悲剧,她说:“宝宝和你的缘分深才当你的娃,天意安排好的。我胎停,估计就是两个宝宝还不想当我的孩子。”在她看来,胚胎已具有了发育成婴儿的潜力,因此是有生命的,能自主选择心仪的父母。若和父母没有“缘分”,胚胎就不会在女性子宫内着床。若有“缘分”,不管医学判断胚胎质量多差、女性身体多糟糕,胚胎会笃定地在女性子宫内着床,最终成功出生。

有时候“缘分”不仅指生育的缘分,还指和医院的缘分(医缘)。赵

姐是被访女性中心态一直很乐观的一位,即便第一次移植并未成功,她仍坚持认为:“我和这家医院还是挺有缘分的,我妈也是这么说,这是‘医缘’。别人都说挂号很难,很多不顺利的地方,但是我从来没有遇到这种情况。哪天我要来医院检查,就能挂到想看的教授号。这也是很重要的,有的人在这家医院可能很不顺利,但是换一家医院可能一下子就成功了。”在赵姐的论述里,患者和医院的“缘分”不仅会影响到周期进展是否顺利,还会影响到最终的结果。“缘”与“命”是这些女性对不受自身控制的结果的一种归因逻辑。怀孕与否都是“缘定”或“命定”的。女性用“缘”或“命”等本土性概念来理解无法预知、不受自我控制的结局,这既缓解了医疗结果的不确定性带来的焦虑,也在一定程度上规避了孕育成功与否对其个体的道德归因。

如果说“缘”“命”是定数,那么“运”则是变数。拜观音就成为带来好运(改变运气)的积极行动。生殖中心本是基于生物医学(作为科学的建制)建立的医疗机构,有意思的是,观音像(民间的“生育神”,即所谓的“送子观音”)却陈列于生殖中心的四个区域——门诊区、B超室、抽血室和手术室。这四个区域分别对应着不同的治疗阶段:门诊区对应着身体检查阶段,B超室和抽血室对应着促排卵阶段,手术室则对应着取卵取精和胚胎移植阶段。手术室既进行取卵术,也进行胚胎移植,因此手术室的观音“香火”最为旺盛。观音像前常放有一个铁质碟子,盛放人们祈祷时的贡品。每天上午碟子里都是满满当当的,贡品以水果为主,包括葡萄、苹果、石榴、橘子等,偶尔也会出现小红包、小零食。这些贡品并非随意选择,都寓意着好兆头,比如葡萄和石榴意味着多子多福,苹果意味着平平安安。

最开始只知道门诊有观音,取卵时就只拜了门诊的(观音)。后面发现四楼(手术室)也有一个(观音),所以胚胎移植那天就先拜了门诊的(观音),然后又去拜了手术室的观音。好多姐妹都不知道哪里有观音,我还去姐妹群里给她们普及了一下,她们都说下次也要来拜拜。(程丹,28岁,2014年结婚)

为了专心进行治疗,程丹一个人在广州租了房子,租金每月3000元。由于丈夫精子质量差,程丹进行的是二代试管。尚在促排期时她就听闻好几位女性二代试管后胎停的故事,她整天忧心忡忡,害怕自己也遭遇此悲剧。程丹分别在两个观音像前放了贡品,她说,希望观音娘

娘能收到她的心意,保佑她顺利怀上孩子。

枫姐第三次移植胚胎时,买了一串葡萄去拜手术室的观音。她说:“之前在抽血室和B超室看见观音,我都只是拜拜。今天很重要,所以要买点东西过来。也没买很多,因为之前看很多人放,担心(碟子里)放不下。观音会说,心意领了,宝宝给你。如果这次成了,我下次看胎时就买水果来还恩。”

像程丹和枫姐一样祭拜观音的女性还有很多,甚至还有胚胎移植成功后,婆婆带着媳妇在观音像前“五体投地”行祭拜礼的。通常情况下,女性都是默默将贡品放置于观音像前,闭眼祈祷几秒钟便离开。除了生殖中心陈设的观音像外,女性也会去其他地方烧香拜佛。有患者透露,她之前还在公司上班时,便利用年假时间去佛山拜了有名的南海观音,“灵不灵看造化,心意到了就好”。一位寻医问药多年的女性说,“福建的妈祖庙、云南大理白族皇家寺院、湖南衡山的观音庙、东莞的莲花山,这些我都去拜过”。

已有的文献也表明,面对焦虑等负面体验,不论是机构还是女性个体,并非无动于衷,而是调动既有的资源积极地应对,宗教就是其中的一个途径。在厄瓜多尔,宗教符号遍布诊所,宗教仪式也被纳入医学实践。诊所会悬挂圣母玛利亚像或十字架,在每一场取卵术中、精卵被放入培养皿后、移植前等重要时刻,实验室专家都会向上帝祈求帮助,希望出现好的结果。在他们看来,生命的力量掌握在上帝手中,不孕或者受孕都是上帝赐予的命运,医生只是上帝的工具(Roberts, 2012)。在印度,各种印度教神像遍布辅助生殖技术的诊所大厅和医生诊室,寻求受孕的夫妇前往各地的庙宇祭拜,由此产生了“诊所神学”(clinical theodicies)。面对代表科学的现代医学,人们却部分转向了宗教的解释和祈祷,这实际上表明了辅助生殖技术本身的“不完整性”以及理性解释的缺乏(Bharadwaj, 2003)。

中国现代意义上的医院一度曾是西方传教士的传教据点,即所谓的“医务传教”。20世纪30年代后,中国的现代医院逐步剔除了宗教(也包括民间信仰)的残余,走向科学化的建制(杨念群, 2006)。然而笔者的观察发现,在生殖中心几个区域摆放的观音像并没有因为扰乱正常的医疗秩序或者被视为“迷信”而被撤走。相反,医护人员和患者在某种意义上达成了“共识”,默许人们祈祷和祭拜,以共同应对治疗的不

确定性、缓解人们的不安和焦虑。不论人们相信缘分和命运,还是虔诚地祭拜观音等神像,都进一步说明了辅助生殖技术依然是“不完整的”科学,依然需要人们借助地方的文化资源和传统来解释那些难以预料的结果。辅助生殖技术虽是前沿的生物医学技术,但在人们的日常理解中,似乎不过是送子观音的现代版本。

六、总结

在主流叙事中,辅助生殖技术常被誉为不孕患者的“福音”。通过访谈女性在辅助生殖技术治疗不同阶段的具身体验,本文得以展示试管女性面临的不孕、辅助生殖技术治疗和国家政策这三重道德压力。辅助生殖技术本身的不确定性既给她们带来强烈的焦虑感,也让她们感受到潜在的希望。也就是说,辅助生殖技术带给女性的远不只是“希望的技术”那般简单美好,也不是既有文献中单方面强调的焦虑,而是希望与焦虑并存。焦虑和希望作为具身体验,不仅通过女性患者的言语被明确表达出来,更通过她们的身体状态、梦境、身体仪式等细节显现,譬如持续性的彻夜失眠、睡梦中痛哭、半夜惊醒、调理身体、拜观音等。本文认为,焦虑和希望并不仅仅是医学实践的结果,地方社会的文化情境也是重要的影响因素。不孕主要被认为是女性的问题,让她们陷入无法完成道德义务、无法实现完整家庭理想的困境中。事实上,很多女性为了配合试管婴儿的整个过程,不得不辞去工作,踏上“求子之旅”。她们全身心投入,越孤注一掷,焦虑感越强烈。当然,女性并没有在焦虑中退缩或轻易放弃,她们对技术依然抱有信心。通过调理身体甚至借助信仰的力量,她们重塑信心,带着希望继续治疗。

关于辅助生殖技术研究,现有文献多采用技术与社会互动的视角,常以静态、宏观的角度分析社会文化情境对辅助生殖技术的约束与限制,例如当地政治、经济、宗教、家庭、亲属关系对“自然的”、合理的生育形式的界定。女性主义视角下的女性体验研究表面上关心的是“体验”,实则是对技术和社会的批判。本文意在表明,如果我们过于关注技术的社会基础,或者只是为了批判社会和技术,会导致我们对技术作用对象的苦痛、无奈、希望、满足和喜悦等矛盾体验视而不见,也会失去对人性的基本关怀。这是本文同时将社会情境、患者体验和主体性纳入分析框架的初衷。

从研究设计上看,本文是将具身化应用到田野案例中的一次尝试。长期以来,有关身体的研究主要停留在自然主义的取向(多为生物学背景的学者所秉持),或者社会建构的取向(多为社会学领域的学者所主张)。具身化作为一种理念或者说方法论策略有望消解生物与文化、个体与社会之间长期分割的局面。然而,现象学的具身化重点在于对知觉的哲学反思,布尔迪厄的实践理论虽引入了身体“习性”的概念,但仍重点关注结构的优先性和生产功能,对身体的创造性缺乏兴趣(余成普,2016)。本文借鉴具身化的策略,既反对社会文化决定论,也反对生物决定论;在强调身体生物性和体验性的同时,将它们与外在情境联系起来,一方面跳出生物—文化二元论的困境,另一方面也避免了现象学对社会情境的忽视以及实践理论对身体创造性和变动性的冷漠。本文意在强调,在开展辅助生殖技术的过程中,身体和文化相互交织,不可避免地处于历史、生命周期和周遭环境的变动之中;具身化策略并非只强调社会结构的束缚,其核心是身体与外在环境互动后表现出的可塑性、变动性和策略性;具身体验不同于个体、心理层面的感知和情绪,它既强调外在情境对身体的塑造,也将身体的能动性置于同等的位置。从这个意义上说,求助辅助生殖技术的女性的体验既非单纯的生理和心理反应,也非结构的必然产物,而是外在情境与身体相互交织的结果。

本文的研究仅限于合法的辅助生殖技术实践,代孕、卵子买卖等违法行为尽管同样为人类学和相关学科所关注,但不在本文的讨论范围内。辅助生殖技术带来的希望和焦虑主要体现在“开奖”之前,一旦保胎成功,后期的怀孕历程及体验则与正常怀孕相似,本文亦不赘述。关于辅助生殖技术,如果我们把一代试管、二代试管和三代试管的受者进行比较,把男性和其他家庭成员纳入访谈范围,甚至考察不同文化群体对辅助生殖技术的认知和相关行为,都可能产生很多有意义的发现。无论如何,借用荀子的话:“生,人之始也;死,人之终也。善始善终,人道毕矣。”针对辅助生殖技术的田野调查让我们得以直面生命的初始,也让我们明白了医学及人的创造性和有限性。孕育生命的过程牵系着多少人的期盼,深藏着多少人的艰辛与付出。对“生命”的追求是自然与文化、社会与个体相互交织的过程。

参考文献(References)

- 贝克,乌尔里希、伊丽莎白·贝克·格恩塞姆. 2014. 全球热恋:全球化时代下的爱情与家庭[M]. 樊荣,译. 北京大学出版社.
- 贝克,乌尔里希. 2004. 风险社会[M]. 何博闻,译. 南京:译林出版社.
- 布尔迪厄,皮埃尔. 2017. 实践理论大纲[M]. 高振华、李思宇,译. 北京:中国人民大学出版社.
- 费孝通. 1998. 乡土中国 生育制度[M]. 北京大学出版社.
- 福柯. 2002. 性经验史(增订版)[M]. 余碧平,译. 上海人民出版社.
- 福柯. 2012. 规训与惩罚[M]. 刘北成、杨远婴,译. 北京:生活·读书·新知三联书店.
- 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[J]. 西南民族大学学报(人文社科版)38(9):21-28.
- 列维-斯特劳斯,克洛德. 2017. 面对现代世界问题的人类学[M]. 栾曦,译. 北京:中国人民大学出版社.
- 林晓珊. 2011. 母职的想象:城市女性的产前检查、身体经验与主体性[J]. 社会 31(5):133-157.
- 罗燕群、刘风华、易艳红、吴敬之、黄翠玉、朱秀兰、张曦倩、董梅、周娜、郑毅春. 2014. 年龄、移植胚胎数量、质量与临床妊娠率的关系[J]. 生殖医学杂志 23(5):361-366.
- 梅,罗洛. 2010. 焦虑的意义[M]. 朱侃如,译. 桂林:广西师范大学出版社.
- 梅洛-庞蒂,莫里斯. 2005. 知觉现象学[M]. 姜志辉,译. 北京:商务印书馆.
- 彭靖、卢大儒. 2010. 试管婴儿技术的发展与探讨[J]. 自然杂志 32(6):338-343.
- 桑塔格,苏珊. 2003. 疾病的隐喻[M]. 程巍,译. 上海译文出版社.
- 邵福忠. 2009. 从法律视角看人工辅助生殖技术的开展[J]. 中国卫生事业管理 26(5):328-329.
- 王延光. 2007. 辅助生殖技术的伦理问题与论争[J]. 中国医学伦理学(1):15-18.
- 希林,克里斯. 2011. 文化、技术与社会中的身体[M]. 李康,译. 北京大学出版社.
- 阎云翔. 2006. 私人生活的变革:一个村庄里的爱情、家庭与亲密关系(1949—1999)[M]. 龚小夏,译. 上海书店出版社.
- 杨帆. 2010. 辅助生殖技术对生育权的冲击及立法调整[J]. 法学杂志 31(4):93-96.
- 杨念群. 2006. 再造“病人”:中西医冲突下的空间政治(1832—1985)[M]. 北京:中国人民大学出版社.
- 余成普. 2016. 地方生物学:概念缘起与理论意涵——国外医学人类学新近发展述评[J]. 民族研究(6):102-115.
- 张光直. 2003. 中国文化中的饮食:人类学和历史学的透视[G]//中国食物. 安德森,著. 马嫒、刘东,译. 南京:江苏人民出版社.
- 张慧、黄剑波. 2017. 焦虑、恐惧与这个时代的日常生活[J]. 西南民族大学学报(人文社科版)38(9):6-12.
- 张文义. 2017. 社会与生物的连接点:医学人类学国际研究动态[J]. 医学与哲学(A)38(10):39-42.
- 郑震. 2009. 身体:当代西方社会理论的新视角[J]. 社会学研究(6):187-205.
- 朱剑峰. 2016. 赛博女权主义理论和生殖技术的民族志研究[J]. 北方民族大学学报(哲学社会科学版)(3):68-71.
- 庄广伦. 2005. 现代辅助生育技术[M]. 北京:人民卫生出版社.
- Balen, Frank V. and Marcia C. Inhorn. 2002. "Introduction; Interpreting Infertility: A View from the Social Sciences." In *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. Inhorn and Frank V. Balen. Berkeley: University of California Press.
- Becker, Gay. 2000. *The Elusive Embryo: How Women and Men Approach New*

- Reproductive Technologies*. Berkeley: University of California Press.
- Bharadwaj, Aditya. 2000. "How Some Indian Baby Makers Are Made: Media Narratives and Assisted Conception in India." *Anthropology & Medicine* 7(1):63 – 78.
- Bharadwaj, Aditya. 2003. "Why Adoption Is not an Option in India: The Visibility of Infertility, the Secrecy of Donor Insemination, and other Cultural Complexities." *Social Science & Medicine* 56(9):1867 – 1880.
- Bharadwaj, Aditya. 2006. "Sacred Conceptions: Clinical Theodicies, Uncertain Science, and Technologies of Procreation in India." *Culture, Medicine and Psychiatry* 30(4):451 – 465.
- Clarke, Laura, Anne Martin-Matthews, and Ralph Matthews. 2006. "The Continuity and Discontinuity of the Embodied Self in Infertility." *Canadian Review of Sociology/ revue Canadienne De Sociologie* 43(1):95 – 113.
- Csordas, Thomas J. 1993. "Somatic Modes of Attention." *Cultural Anthropology* 8(2):135 – 156.
- Daar, Abdallah S. and Zara Merali. 2002. "Infertility and Social Suffering: The Case of ART in Developing Countries." In *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction: Report of a Meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction"*, edited by Effy Vayena, Patrick J. Rowe, and David P. Griffin. World Health Organization.
- Franklin, Sarah. 1997. *Embodied Progress: A Culture Account of Assisted Conception*. London & New York: Routledge.
- Gammeltoft, Tina and Ayo Wahlberg. 2014. "Selective Reproductive Technologies." *Annual Review of Anthropology* 43:201 – 216.
- Greil, Arthur L. 2002. "Infertility Bodies: Medicalization, Metaphor, and Agency." In *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. Inhorn and Frank V. Balen. Berkeley: University of California Press.
- Handwerker, Lisa. 2002. "The Politics of Making Modern Babies in China: Reproductive Technologies and the 'New' Eugenics." In *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. Inhorn and Frank V. Balen. Berkeley: University of California Press.
- Inhorn, Marcia C. 2002. "The 'Local' Confronts the 'Global': Infertile Bodies and New Reproductive Technologies in Egypt." In *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. Inhorn and Frank V. Balen. Berkeley: University of California Press.
- Inhorn, Marcia C. 2003. "Global Infertility and the Globalization of New Reproductive Technologies: Illustrations from Egypt." *Social Science & Medicine* 56(9):1837 – 1851.
- Inhorn, Marcia C. 2007. "Presidential Statement: Medical Anthropology at the Intersections." *Medical Anthropology Quarterly* 21(3):249 – 255.
- Inhorn, Marcia C. and Daphna Birenbaum-Carmeli. 2008. "Assisted Reproductive Technologies and Culture Change." *Annual Review of Anthropology* 37:177 – 196.
- Kahn, Susan M. 2002. "Rabbis and Reproduction: The Uses of New Reproductive Technologies among Ultraorthodox Jews in Israel." In *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. Inhorn and Frank V. Balen. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur. 2010. "Four Social Theories for Global Health." *The Lancet* 375:1518 – 1519.

- Lock, Margaret and Vinh-Kim Nguyen. 2010. *Anthropology of Biomedicine*. Malden: Wiley-Blackwell.
- Luna, Florencia. 2002. "Assisted Reproductive Technology in Latin America: Some Ethical and Sociocultural Issues." In *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction: Report of a Meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction"*, edited by Effy Vayena, Patrick J. Rowe and David P. Griffin. World Health Organization.
- Nahman, Michal R. 2016. "Reproductive Tourism, through the Anthropological 'Reproscope'." *Annual Review of Anthropology* 45:417 - 432.
- Pashigian, Melissa J. 2002. "Conceiving the Happy Family: Infertility and Marital Politics in Northern Vietnam." In *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. Inhorn and Frank V. Balen. Berkeley: University of California Press.
- Rapp, Rayna. 2000. *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge.
- Roberts, Elizabeth F. S. 2012. *God's Laboratory: Assisted Reproduction in the Andes*. Berkeley: University of California Press.
- Simpson, Bob. 2013. "Managing Potential in Assisted Reproductive Technologies." *Current Anthropology* 54(s7): S87 - S96.
- Strathern, Marilyn. 1992. *Reproducing the Future: Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*. New York: Routledge.
- Thompson, Charis M. 2002. "Fertile Ground: Feminists Theorize Infertility." In *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. Inhorn and Frank V. Balen. Berkeley: University of California Press.
- Timmermans, Stefan and Mara Buchbinder. 2013. *Saving Babies?: The Consequences of Newborn Genetic Screening*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Vayena, Effy, Patrick J. Rowe, and P. David Griffin. 2002. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction: Report of a Meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction"*. World Health Organization.
- Webster, Andrew. 2002. "Innovative Health Technologies and the Social: Redefining Health, Medicine and the Body." *Current Sociology* 50(3): 443 - 457.

责任编辑:冯莹莹