

TERESA FAZAN (ORCID: 0000-0002-2270-9251)

Przymus, odmowa, niemoc. O niepłodności i bezdzietności w kapitalizmie

Zgodnie z wytycznymi WHO niepłodność jest zaburzeniem, na które istotny wpływ mają czynniki związane ze środowiskiem i stylem życia, co czyni ją współczesną chorobą cywilizacyjną. W konsekwencji można uznać ją za chorobę kapitalizmu: po pierwsze jest stanem dysfunkcyjnym w ramach nastawionej na określone cele ekonomiczne biopolityki czyniącej z człowieka narzędzie reprodukcji biologicznej i społecznej; po drugie zaplanowaną lub występującą losowo konsekwencją życia w zindustrializowanym i zanieczyszczonym środowisku. W tekście przyglądam się konsekwencjom definiowania niepłodności jako choroby i, wykorzystując zaproponowany przez badaczki studiów nad niepełnosprawnością podział na niesprawność i niepełnosprawność, śledzę złożone relacje między niepłodnością i bezdzietnością. Na podstawie rozpoznań teorii reprodukcji społecznej (SRT) dokonuję krytyki analizy medykalizacji niepłodności zaproponowanej przez liberalny feminizm. Celem przeprowadzonej argumentacji jest wykazanie, że niepłodność wpisuje się w system sfer reprodukcji społecznej kontrolowanych przez kapitał, który za pomocą heteronormy, seksualizacji i mechanizmów urasawiania ułatwia lub utrudnia reprodukcję biologiczno-społeczną określonym grupom i populacjom. Przywołując polski kontekst, przyglądam się sposobom, w jakie kapitalizm i państwo konserwatywno-liberalne wytwarzają narracje prorodzinne. Jak wykazuję, służą one raczej reprodukcji pracowników dla kapitału i obywateli dla państwa narodowego niż zapewnianiu sprawiedliwego dostępu do zdrowia reprodukcyjnego.

Słowa kluczowe: bezdzietność, bezpłodność, feminizm, niepłodność, reprodukcja, teoria reprodukcji społecznej (SRT), studia nad niepełnosprawnością

Definicje niepłodności. Niezdolność do reprodukcji jako choroba lub niepełnosprawność

Na początku przyjrzymy się pojęciu. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje niepłodność jako chorobę, wyznaczając czasowe ramy „testowania” zdolności par do reprodukcji i określając jakie „czynniki środowiskowe” wpływają na większe ryzyko niemożności poczęcia:

Niepłodność jest chorobą żeńskiego lub męskiego układu rozrodczego, definiowaną przez niemożność zajścia w ciążę po 12 miesiącach lub więcej mimo regularnych stosunków seksualnych bez zabezpieczenia. (...) Niepłodność może być spowodowana czynnikami męskimi, żeńskimi, kombinacją czynników męskich i żeńskich lub może być niewyjaśniona. Jednak zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn, czynniki środowiskowe i związane ze stylem życia, takie jak palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, otyłość i narażenie na zanieczyszczenia środowiska wiążą się z niższymi wskaźnikami dzietności¹.

W przeciwieństwie do niepłodności, która podlega leczeniu² i może być stanem przejściowym związanym np. z wiekiem czy tzw. trybem życia, bezpłodność jest trwałą niemożnością posiadania biologicznego potomstwa (Radkowska-Walkowicz 2013, 50, 102). Ze względu na definitywny wymiar, diagnoza bezpłodności stawiana jest stosunkowo rzadko, a sama niepłodność nie oznacza braku szans na posiadanie biologicznego potomstwa, zazwyczaj wymaga natomiast długotrwałego i kosztownego leczenia (Koperwas i Głowacka 2017, 33). W pracy poświęconej ustaleniu, „czy i na ile opracowana przez WHO definicja zdrowia może stanowić podstawę do postrzegania niepłodności jako choroby” (Łepecka-Klusek et al. 2012, 163), jej autorzy zauważają, że WHO uznaje niepłodność za chorobę o charakterze cywilizacyjnym, wskazując następujące jej cechy: powszechność, długotrwałość i żmudny

1 Hasło „niepłodność” (ang. *infertility*) w bazie WHO (Światowej Organizacji Zdrowia). Tłumaczenia tekstów niedostępnych w języku polskim – Teresa Fazan.

2 Zgodnie z polskim prawodawstwem, a konkretnie art. 5. 1. Ustawy o leczeniu niepłodności, „Leczenie niepłodności obejmuje: 1) poradnictwo medyczne; 2) diagnozowanie przyczyn niepłodności; 3) zachowawcze leczenie farmakologiczne; 4) leczenie chirurgiczne; 5) procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji; 6) zabezpieczenie płodności na przyszłość”. Ustawa ta reguluje także dopuszczalność pozaustrojowego leczenia niepłodności. Zob. Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności.

proces leczenia, konieczność regularnych badań i opieki lekarskiej, ograniczanie możliwości wykonywania podstawowych zadań życiowych, problematyczność zarówno dla jednostek, par, jak i całego społeczeństwa. W efekcie niepłodność wymieniana jest obok chorób takich jak alkoholizm, AIDS, reumatyzm, cukrzyca czy miażdżyca (Łepecka-Klusek et al. 2012, 164). Choć ze względu na brak danych epidemiologicznych nie sposób ustalić dokładnej liczby osób niepłodnych, według danych szacunkowych niepłodność dotyczy 10–18% światowej populacji par w wieku rozrodczym (czyli około 186 milionów ludzi; zob. Inhorn i Patrizio 2015), a w Polsce 10–15%, czyli około miliona osób (Łepecka-Klusek et al. 2012, 163). W szacunkach występują jednak spore dysproporcje i współcześnie mówi się nawet o trzech milionach dotkniętych niepłodnością Polek i Polaków (Koperwas i Głowacka 2017, 33).

Przez badaczy niepłodność jest uznawana za chorobę nietypową przede wszystkim dlatego, że nie „powoduje bólu i nie prowadzi do kalectwa, a także nie zagraża życiu człowieka” (Koperwas i Głowacka 2017, 32). Jak zauważa Dorota Gawlikowska: „Niepłodność nigdy, aż do czasów współczesnych, nie była postrzegana społecznie jako choroba. (...) nie towarzyszą [jej] zazwyczaj fizyczne dolegliwości i niepokojące objawy, co jeszcze bardziej utrudnia jej społeczne rozpoznawanie w kategoriach choroby” (Gawlikowska 2018, 79). Na poziomie teoretycznym założenie, że niepłodność jest chorobą, wiąże się z uznaniem reprodukcji biologicznej za podstawową funkcję życiową, nawet jeżeli niepłodność nie spełnia typowych charakterystyk choroby czy zaburzenia. Z kolei na poziomie praktycznym stawką jest kwestia łatwiejszego i tańszego dostępu do diagnostyki i leczenia: uznanie niepłodności za chorobę bywa propagowane przez osoby niepłodne, bo ułatwia państwowe dofinansowanie leczenia i zdejmuje odpowiedzialność za tę chorobę zwyczajowo ciążącą na osobach niepłodnych, zwłaszcza na kobietach. Definiowanie niepłodności jako choroby jest zatem istotne w aktywizmie, np. w kampaniach i działaniach Naszego Bociana (Radkowska-Walkowicz 2013, 52). Wobec tego medykalizacja stanu niepłodności może stać się remedium na umoralniony i upolityczniony polski dyskurs reprodukcyjny oraz służyć zmianie podejścia do leczenia metodą *in vitro*³,

3 Obecnie w Polsce nie finansuje się zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego na poziomie ministerialnym, choć było to możliwe w latach bezpośrednio po wprowadzeniu tzw. ustawy o *in vitro* (rządowy program refundacji trwał trzy lata; obecnie niektóre samorządy oferują refundację do 80% kosztów leczenia). Zob. Wilczyńska 2022; Polityka 2019. Przyczyny wycofania finansowania są złożone, ale jak

choć, do czego wróćę w późniejszej części tekstu, bywa również oceniana negatywnie.

W tym kontekście warto zastanowić się, czy jeżeli „(...) podstawową jej [niepłodności] cechą jest brak dziecka w związku partnerskim. Nie powoduje bólu (w sensie fizycznym), nie prowadzi do kalectwa i nie zagraża życiu” i ponadto „dotyczy pary osób, a niekoniecznie pojedynczej osoby” (Łepecka-Klusek et al. 2012, 163), to w przypadku osób lub par, które nie chcą mieć biologicznego potomstwa, można w ogóle uznać ją za chorobę? Oczywiście, ból i kalectwo nie są jedynymi objawami chorób – założenie takie byłoby redukcjonistyczne i problematyczne choćby w kontekście charakterystyki zaburzeń psychicznych. Kluczowym objawem niepłodności rozumianej jako choroba jest niemożność „naturalnego” poczęcia. Chorobami w bardziej tradycyjnym sensie są zaburzenia fizjologiczne stojące u podstaw niepłodności (u kobiet zazwyczaj zaburzenia owulacji, zespół policystycznych jajników, endometrioza, zaburzenia hormonalne czy nieprawidłowa budowa dróg rodnych; u mężczyzn oligospermia, astenospermia, teratospermia). Często nie sposób określić przyczyn niepłodności, wówczas mówi się o niepłodności idiopatycznej, o której istnieniu dowiedzieć mogą się jedynie osoby aktywnie starające się o dzieci. W tym sensie sama niepłodność zaburza możliwość normalnego funkcjonowania jedynie osobom chcącym mieć biologiczne potomstwo; osoby niepłodne niechcące mieć dzieci mogą podlegać stygmatyzacji jako bezdzietne, ale sam stan fizjologicznej niepłodności (o ile jego przyczyną nie są zagrażające zdrowiu schorzenia) nie musi być doświadczany jako zaburzenie normalnego funkcjonowania czy choroba⁴. Jak trafnie ujęła to Radkowska-Walkowicz:

W samą konceptualizację niepłodności, która wiąże się z mocno zmedykalizowanym językiem, wpisana jest ucieczka od przypadłości biologicznych. Nie-

zauważają badaczki, w dużej mierze wiążą się z rolą, jaką w debacie reprodukcyjnej odgrywa w Polsce Kościół katolicki (zob. Radkowska-Walkowicz 2013; 2017; Mishtal 2015; Mishtal i Radkowska-Walkowicz 2017). Innym przykładem tego wpływu jest fakt finansowania leczenia niepłodności metodą naprotechnologii, która według współczesnych badań jest znacznie mniej skuteczna niż *in vitro*.

4 Pisząc, że niepłodność nie wywołuje bólu, nie mam na myśli tego, że stojące u jej podstaw zaburzenia hormonalne czy układu rozrodczego nie wiążą się z bolesnymi dolegliwościami (często naturalizowanymi w ramach pokutującego w medycynie przekonania, że ból żeńskiego układu rozrodczego jest czymś naturalnym). Przykładem może być choćby endometrioza, która jest niezwykle bolesną chorobą (zob. Szopa 2021). Chodzi raczej o to, że niepłodność nie musi i często nie wiąże się z żadnymi obserwowalnymi czy odczuwalnymi objawami, co znacząco wpływa na diagnostykę i doświadczenia życiowe osób niepłodnych.

plodność to niezamierzona bezdzietność, bez względu na kondycję cieleśną pacjentek i pacjentów – często zdarza się tzw. niepłodność idiopatyczna, kiedy biologiczny czynnik powodujący niemożność poczęcia pozostaje niezany, a być może go w ogóle nie ma. Co więcej, jeśli ktoś nie stara się o dziecko, nie wybrał tej drogi, nie będzie raczej uznawał siebie za niepłodnego, zatem pierwotne jest rozpoznanie pozamedyczne, oparte na pragnieniu posiadania dziecka (lub na jego braku). (Radkowska-Walkowicz 2013, 51)

Ze względu na złożoność zjawiska, zajmując się badaniem doświadczenia niepłodności u par różnopłciowych, Arthur L. Greil dokonał rozróżnienia między wadami reprodukcyjnymi o charakterze ściśle fizjologicznym (ang. *reproductive impairments*) i niepłodnością rozumianą jako „dynamiczny, społecznie uwarunkowany *proces*, w ramach którego pary zaczynają określać swoją niezdolność do rodzenia pożądanej liczby dzieci jako problematyczną oraz próbują interpretować i korygować tę sytuację” (Greil 1991, 7, cyt. za Britt 2001, 64; podkreślenie za autorem). Do zaproponowanego rozróżnienia dodać można niepłodność społeczną, która nie wynika z niemożności prokreacji, ale stanowi efekt uwarunkowań społecznych uniemożliwiających osobie lub parze posiadanie potomstwa. Biorąc powyższe pod uwagę, chciałabym zaproponować, by do badania niepłodności jako zjawiska posiadającego zarówno podłoże fizjologiczne, jak i stanowiącego pewien fenomen społeczny, wykorzystać charakterystykę innego podobnie uwarunkowanego doświadczenia także uznawanego za chorobę, a mianowicie niepełnosprawności. Zgodnie z zapisem Centrów Kontroli i Prewencji Chorób niepełnosprawność manifestuje się na kilku płaszczyznach: upośledzenia struktury i funkcji ciała lub funkcjonowania psychicznego, ograniczenia aktywności (trudność z widzeniem, słyszeniem, chodzeniem) i możliwości uczestnictwa w codziennych czynnościach⁵. Od lat osiemdziesiątych odróżnia się ponadto niesprawność (*impairment*) od niepełnosprawności (*disability*). Jak zauważa Maria Reimann, niesprawność stanowi „biologiczny fakt związany z funkcjonowaniem lub brakiem narządów, niepełnosprawność z kolei to ograniczenie wynikające ze sposobu funkcjonowania społeczeństwa, polegającego na dyskryminacji i wykluczaniu osób, których ciała odbiegają od wyznaczonej przez społeczeństwo normy zdrowia” (Reimann 2019, 16–17). O ile dobrze rozumiem intencje badaczek studiów nad niepełnosprawnością, wprowadzenie rozróżnienia na niesprawność i niepełnosprawność ma wymiar funkcjonalny, bo samo pojęcie sprawności

5 Hasło „niepełnosprawność” (ang. *disability*) w bazie Centrów Kontroli i Prewencji Chorób (Centers of Disease Control and Prevention).

jest normatywne. Chodzi zatem o wykazanie, że niedomagania czy zaburzenia fizjologiczne są silnie uwikłane w uwarunkowania i normy społeczne, i przeciwnie, że w ramach normatywnych i dyskryminacyjnych struktur również ciała sprawne mogą okazywać się nie w pełni sprawne. W ramach takiego założenia zmiana czynników społecznych mogłaby doprowadzić do (częściowej) eliminacji niepełnosprawności, bez usunięcia fizjologicznej niesprawności uznawanej za jej podstawę.

W tym ujęciu bezpłodność można uznać za niesprawność, natomiast za niepełnosprawność jej społeczną konsekwencję: bezdzietność (pamiętając oczywiście, że przyczyny bezdzietności mogą być inne niż niepłodność). Przykładowo, osoby nieheteronormatywne, nieobarczone niesprawnością, mogą ze względu na politykę reprodukcyjną państwa okazać się niepełnosprawne (bezdzietne), przy czym jest to niepełnosprawność niemająca *de facto* fizjologicznych uwarunkowań⁶. Choć, jak zauważa Sunaura Taylor, niepełnosprawne ciała są zarazem niewidzialne i hiperwidoczne (Taylor 2017, 19), od większości form niesprawności/ niepełnosprawności niepłodność/bezdzietność odróżnia brak łatwo obserwowalnych objawów. W pewnym sensie trudno odróżnić niepłodność jako niesprawność od bezdzietności jako niepełnosprawności. W wielu tekstach poświęconych problemowi niepłodności dochodzi do świadomego – podążającego za praktyką życia społecznego – zrównania niepłodności z bezdzietnością. Przykładowo, jak piszą autorzy artykułu „Niepłodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO” bezdzietność często „odbierana jest przez społeczeństwo jako niepłodność. Dlatego partnerzy, oprócz badań i zabiegów, muszą zmagać się z opinią publiczną, według której często postrzegani są jako ludzie nieszczęśliwi i mniej wartościowi” (Łepecka-Klusek et al. 2012, 165). Podobne wnioskowanie proponuje Iwona Przybył, pisząc że „niepłodność jest doświadczana (...) jako uciążliwość, ból, tragedia nie tyle z powodu możliwych fizycznych dolegliwości, ile z powodu braku społecznej akceptacji dla bezdzietności, a nawet jej napiętnowania” (Przybył 2003, 59). W podobnym trybie o bezdzietności małżeńskiej pisze Radkowska-Walkowicz: „wydaje się pewnym skandalem, niedostosowaniem do wymogów społecznych, zaburzeniem porządku świata, w centrum którego jest rodzina – w polskim kontekście jasno zdefiniowana jako: ona, on i przynajmniej jedno dziecko” (Radkowska-Walkowicz 2013, 70).

Być może stosunek do bezdzietności zmienił się w ostatnich latach, nadal jednak uznaje się ją za zaniechanie, bo posiadanie dzieci stanowi

6 Szczegółowo sytuacją osób nieheteroseksualnych i par jedнопłciowych w kontekście prawa do rodzicielstwa w Polsce zajmuje się Anna Woźniak (2018).

inherentny element normatywnie rozumianej trajektorii życiowej. Można zaryzykować stwierdzenie, że podobnie jak inne formy niepełnosprawności bezdzietność uznawana jest za coś negatywnego i jest zarówno „indywidualnie doświadczaną rzeczywistością, jak i ramą ideologiczną, wytwarzającą niestabilne znaczenie pełnosprawności” (Taylor 2017, 23). W krytycznych badaniach nad niepełnosprawnością podkreśla się, że negatywny stosunek do osób niepełnosprawnych w dużej mierze związany jest z dominującym w społeczeństwach zachodnich funkcjonalnym podejściem do cielesności. Jeśli podmiotowość i prawo do samostanowienia przypisuje się wyłącznie ciałom pełnosprawnym, niepełnosprawność uniemożliwia pełnoprawne funkcjonowanie w społeczeństwie. Zdaniem Alison Kafer dyskursy dotyczące reprodukcji ściśle wiążą się z lękiem przed niepełnosprawnością i negatywnym stosunkiem do ludzi żyjących z niepełnosprawnością (Kafer 2013, 29). Osoby z niepełnosprawnościami często traktowane są jako nieposiadające prawa do przyszłości, zanurzone w ułomnej terażniejszości i co więcej – często, nawet jeśli nie *explicite*, odbiera się im prawo do reprodukcji. Jest to o tyle ciekawe, że sama bezpłodność uznawana jest za formę niepełnosprawności. Uznanie niepłodności za chorobę będącą źródłem zaburzenia normy społecznej doprowadziło do wytworzenia wokół niej silnie zmedykalizowanej narracji, która czasem służy interesom osób niepełnosprawnych, a czasem przesłania społeczny wymiar tego doświadczenia. W kolejnej części tekstu przyjrzą się towarzyszącym medykalizacji bezpłodności procesom normalizacji, a także krytyce tego zjawiska zaproponowanej przez feminizm drugiej fali.

Uznanie niepłodności za chorobę będącą źródłem zaburzenia normy społecznej doprowadziło do wytworzenia wokół niej silnie zmedykalizowanej narracji, która czasem służy interesom osób niepełnosprawnych, a czasem przesłania społeczny wymiar tego doświadczenia.

Normalizacja i „zawinione niepowodzenia woli”. Prokreacja i mit wolności reprodukcyjnej

Jak zauważyła Layne Parish Craig:

(...) niepłodność dotyka wielu społecznych tabu; często nie da się jej ostatecznie zdiagnozować; jej diagnostyka i leczenie podlegają wciąż zmieniającemu się systemowi technologii; funkcjonuje na przecięciu problemów płci kulturowej, biologicznej, (nie)pełnosprawności i stratyfikacji społecznej, które trudno zrozumieć, oddzielając intymny poziom doświadczenia od społecznego wymiaru funkcjonowania jednostki. (Craig 2020, 104)

Podobnie jak ujęcie zaproponowane przez Craig, przywoływane przeze mnie polskie antropologiczne i socjologiczne badania nad zjawiskiem

niepłodności (Radkowska-Walkowicz 2013; 2017; Krawczak et al. 2018; Mishtal 2015) podkreślają jego złożony wymiar i moralnie nacechowany charakter towarzyszącej mu debaty. Skomplikowanie problemu sprawia, że nie sposób oddzielić związanych z niepłodnością indywidualnych stanów emocjonalnych od normatywnego wymiaru kryteriów medycznych. Do pewnego stopnia samo pragnienie prokreacji, nierzadko naturalizowane (zwłaszcza w przypadku kobiet), regulowane jest konwenansem społecznym: nie da się zrozumieć pragnienia posiadania biologicznego potomstwa poza bardziej nadrzędnym pragnieniem normalności (Britt 2001, 6). W konsekwencji stygmatyzacja bezdzietności nie polega na celowym dyskryminowaniu osób niepłodnych i bezdzietnych, ale na promowaniu definicji normalności, która je wyklucza (Greil 1991, 133; za Britt 2001, 42). Zjawisko medykalizacji niepłodności silnie związane jest z procesem normalizacji i pozostaje ambiwalentne: z jednej strony daje możliwości leczenia i emancypacji osób niepłodnych, z drugiej, wpisując się w państwowo-korporacyjny monopol na usługi medyczne, podtrzymuje niektóre społeczne nierówności. W krajach takich jak Polska, gdzie zdrowie reprodukcyjne pacjentów podporządkowane jest zideologizowanym dyskursom i trudno dostępnymi procedurom diagnostyki i leczenia, często trudno mówić o emancypacyjnym wymiarze medykalizacji. Przykładem może być kwestia aborcji: gdy polskie ustawodawstwo uniemożliwiło dostęp do usług reprodukcyjnych w klinikach i szpitalach, ruch społeczny do pewnego stopnia „przejął” aborcję poprzez demedykalizację samej procedury (którą, w większości przypadków, można wykonać samodzielnie w domu za pomocą zamówionych w sieci tabletek). Choć tak jak każdy inny zabieg powinna być objęta profesjonalną opieką medyczną, ostatnie lata pokazują, że farmakologiczna „domowa” aborcja często okazuje się bezpieczniejsza niż wizyta w szpitalu. Można oczywiście wyobrazić sobie sytuację, w której medykalizacja aborcji i niepłodności staje się źródłem większej sprawiedliwości reprodukcyjnej, bo umożliwia bezpieczny i powszechny dostęp do usług medycznych. Na poziomie pozaspółecznej abstrakcji emancypacyjny wymiar technologii medycznych wydaje się oczywisty: niepłodnym parom różnopłciowym umożliwiają rodzicielstwo, a osobom żyjącym w związkach nieheteronormatywnych czy decydującym się na samodzielne rodzicielstwo pozwalają przekraczać heteronormatywne rozumienie płodności i rodzicielstwa. W tym kontekście warto postawić pytanie, czy ukute przez medycynę pojęcia niepłodności i subfertylności (ograniczonej płodności; zob. Radkowska-Walkowicz 2013, 102), odróżnialne od definitywnej bezpłodności, znoszą binarny podział na płodne/niepłodne ciała, czy wręcz przeciwnie: normalizują płodność i wzmacniają mechanizmy reprodukcyjnego wykluczania?

Medykalizacja ciała i jego funkcji w kapitalizmie związana jest z praktyką wytwarzania norm w celu kontroli i optymalizacji funkcjonowania jednostek. Funkcjonalistyczne podejście do cielesności wymaga wypracowania określonych pojęć normalizujących. Zdaniem niektórych autorek feministycznych z przełomu dwudziestego i dwudziestego pierwszego wieku, polemizujących z medykalizacją zjawisk o charakterze biologiczno-społecznym, niepłodność bywa wykorzystywana właśnie jako takie pojęcie. Przykładowo, badając relacje między normalizującą retoryką prawno-medyczną a sytuacją osób niepłodnych w USA, Elizabeth Britt podkreśla, że nie sposób oddzielić niepłodności od kontekstu, w jakim ta występuje, a zatem, że nie tyle stanowi ona „uwarunkowany kulturowo i społecznie przedmiot medycyny, ile sama jej klasyfikacja jako takiego jest aktem społeczno-kulturowym” (Britt 2001, 64). Jak zauważa badaczka, mimo istotnej roli społeczno-kulturowego wymiaru niepłodności, częściowo ze względów politycznych, a częściowo z uwagi na rozwój technologii, od lat osiemdziesiątych bezdzietność zaczęła być uznawana za problem, na który odpowiedzieć może tylko zachodnia medycyna. Zatem nawet jeśli społeczeństwa nie uznawały niepłodności za chorobę, praktyka lekarska zachodnich systemów ochrony zdrowia zaczęła ją tak traktować (Becker 1994, 384). W konsekwencji nowoczesna diagnostyka ginekologiczna podporządkowana została monitorowaniu, kontrolowaniu i leczeniu zaburzeń płodności pacjentów. Spopularyzowanie niepłodności jako problemu medycznego sprawiło, że odmowa leczenia zaczęła jawić się jako rodzaj zaniechania, co jest zbieżne ze sposobem, w jaki ginekologia definiuje zdrowie pacjentów: przez pryzmat funkcjonalności reprodukcyjnej ich organów⁷. Zdaniem Britt postępujący proces medykalizacji niepłodności przesłonił złożone społeczno-kulturowe konteksty jej funkcjonowania, czyniąc ją metonimią mimowolnej bezdzietności. Tym samym „społeczne, ekonomiczne, psychologiczne i kulturowe »czynniki« zaczęły być rozumiane jako wynikające z kondycji fizycznej, a nie jako warunki, które są

7 Zwłaszcza pacjentki były redukowane przez medycynę do funkcji reprodukcyjnej: problemy psychiczne (nimfomania, histeria) i zdrowia ogólnego często „leczono” były przez usuwanie jajników lub inne operacje na układzie rozrodczym; zgodnie z tą logiką długo uznawano, że ogólne zdrowie kobiet ma znaczący wpływ na ich zdrowie reprodukcyjne (zob. Britt 2001, 22). Jak zauważa Sandelowski, już u swych początków ginekologia „lokalizuje zdrowie kobiet w funkcjonowaniu ich narządów rodnych, łącząc je z dobrobytem rodziny i społeczeństwa, i opiera się na zasadzie, że kobiety powinny być płodne i się rozmnażać” (Sandelowski 1990, 483).

współodpowiedzialne za jej konstruowanie” (Britt 2001, 6). Obiektywizujący język medycyny diagnozujący ciała jako płodne lub niepłodne zaczął generować kolejne pary binarne: normę i zaburzenie, kontrolę i chaos, porażkę i sukces.

Wytworzenie możliwych do oddzielenia kategorii płodności i niepłodności wpłynęło zatem nie tylko na społeczne rozumienie rodzicielstwa i ról płciowych, ale także na choroby i niepełnosprawności (Britt 2001, 3). Warto w tym miejscu zrekonstruować inspirowany rozpoznaniem Foucaulta proces normalizacji, który według Britt stoi u podstaw medykalizacji zjawisk społeczno-kulturowych. Opisany mechanizm instytucjonalizuje kategorię niepłodności, urzeczywistniając różnicę między ciałami płodnymi i niepłodnymi (Britt 2001, 143–147). W procesie tym nie chodzi o zreformowanie tego, co uznane za anormalne (co wyeliminowałoby potrzebę normalizacji), ale o rozróżnienie między tym, co normalne a tym, co nie (co podtrzymuje potrzebę korekcji). Normalizujące procedury medyczne, z jednej strony znaturalizowane jako naprawcze dla niedomagań biologii, z drugiej – wprzęgnięte w racjonalizujący język nauki, mają sens jedynie wtedy, gdy nie eliminują całkowicie kategorii choroby (niepłodności). Jako narzędzie biowładzy normalizacja działa jednocześnie na pojedyncze jednostki, jak i na całe populacje i kształtowana jest przez krzyżujące się dyskursy instytucjonalne i kulturowe; jako proces zinstytucjonalizowany posługuje się językiem standardów i powinności, modelowanym za pomocą pomiarów, statystyk i naukowych wskazań, uwarunkowanych binarnymi i arbitralnymi wyznacznikami zdrowia/patologii. Normalizacja służy więc wytwarzaniu struktur porównawczych, które szeregują i hierarchizują. W efekcie industrializacja i modernizacja endokrynologii i ginekologii wymusiła uzgodnienie nie tylko standardów pomiaru, ale także norm językowych i kulturowych kształtujących wyobrażenie o płodnych i niepłodnych ciałach.

Feminizm lat dziewięćdziesiątych polemizował z medykalizacją niepłodności nie dlatego, że nie uznawał jej za chorobę, ale dlatego, że proces ten pomijał społeczne uwarunkowania zjawiska. Chodziło przede wszystkim o stygmatyzację bezdzietności i obwinianie kobiet za niemożność poczęcia, które było, a w niektórych krajach nadal jest, dość powszechne⁸. Jak pisze Margarete Sandelowski:

8 Koncentracja na czynnikach żeńskich i obwinianie kobiet za niepłodność są oczywistym nadużyciem. Z badań wynika, że 30–40% przyczyn niepłodności dotyczy czynników kobiecych i męskich, 15% obu, a w pozostałych 5–10% przypadków nie sposób określić przyczyn (Palmer-Wackerly i Krieger 2014, 612). Mimo to, jak zauważa Britt, technologia reprodukcyjna i towarzysząca jej narracja

choć niepłodność jest definiowana jako choroba, ciężar wolicjonalny nadal spoczywa na osobach niepłodnych, zwłaszcza na kobietach. W środowisku charakteryzującym się oczekiwaniem, że poczęciu można zapobiegać, przerywać je lub inicjować według własnej woli, oraz w którym indywidualne nawyki i styl życia są uporczywie uwikłane w wystąpienie raka, choroby serca i innych upośledzeń, brak dziecka, nawet jeśli domyślnie, a nie z założenia, postrzegany jest jako częściowy produkt indywidualnego wyboru. (Sandelowski 1990, 479)

Opisywany przez badaczkę proces związany był z liberalnym podejściem do zdrowia reprodukcyjnego, pomijającym społeczne i klasowe uwarunkowania „wyborów” reprodukcyjnych. Jak zauważa Sandelowski, niepłodność, „odkryta” w latach osiemdziesiątych jako fenomen społeczny – „narastający problem zdrowia publicznego o epidemicznych rozmiarach” – zaczęła być konceptualizowana jako „cena, jaką wyzwolone kobiety i coraz bardziej mobilne zawodowo pary płacą za przedkładanie karier, zdobywanie dóbr materialnych i pogoń za przyjemnością seksualną nad posiadaniem dzieci” (Sandelowski 1990, 476). Paradoksalnie, zamiast jako przyczyna bezdzietności, niepłodność zaczęła być rozumiana jako jej moralnie nacechowana konsekwencja, a nieskuteczne próby prokreacji stały się „zawinionymi niepowodzeniami woli” (Sandelowski 1990, 477). Zdaniem autorki niepłodność stanowiła wyzwanie dla liberalnego feminizmu lat dziewięćdziesiątych, z jednej strony podkreślającego biologiczną wyjątkowość kobiet, z drugiej – odrzucającego jej definiujący wymiar. Pozbawione sprawczości niepłodne kobiety uchodziły za symbol braku kontroli nad życiem reprodukcyjnym. Kiedy natomiast starały się o dziecko, były narażone na krytykę ze względu na podporządkowywanie się przymusowi prokreacji i tradycyjnym rolom płciowym

skupiają się na kobietach: niepłodność jest znacznie częściej diagnozowana i leczona u nich niż u mężczyzn. Zdaniem badaczki świadczy to o „utrzymywaniu się w medycynie wzorca patologizowania kobiecego ciała i obwiniania kobiet zarówno o własne choroby, jak i problemy społeczne” (2001, 5). Choć opisuje ona zjawiska z początku dwudziestego pierwszego wieku, również dziś można obserwować spychanie odpowiedzialności za reprodukcję biologiczną na kobiety (zob. Gawlikowska 2018, 78–79). Według Craig, kulturowe i medyczne powiązanie niepłodności z kobiecym ciałem zwiększa poczucie dyskomfortu towarzyszące opowiadaniu o problemach z poczęciem, szczególnie w miejscach, w których dyskusje o reprodukcji są tabu (2020, 93). Przyglądając się doświadczeniom męskiej niepłodności, polemikę z definiowaniem jej jako medycznego i emocjonalnego problemu kobiet podejmuje Maria Reimann w tekście „»Trzeba być w tym razem«. O męskim doświadczeniu niepłodności i leczenia metodą *in vitro*”. Nie zmienia to oczywiście faktu, że ze względów zarówno kulturowych, jak i biologicznych, kobiety i mężczyźni mogą doświadczać niepłodności i związanych z nią konsekwencji fizjologicznych i psychologicznych zupełnie inaczej (zob. Gawlikowska 2018, 78).

Opisane w języku feminizmu liberalnego „wolicjonalne przyczyny” niepłodności (do pewnego stopnia przypominające „czynniki środowiskowe” z definicji WHO) to związane z czynnikami cywilizacyjnymi uniemożliwiające poczęcie wybory, które w ujęciu feminizmu marksistowskiego uznane byłyby za warunkowane uspołecznieniem i przynależnością klasową.

(Sandelowski 1990, 497–499). Odczytania badaczki zdają się pomijać kwestie związane z klasowymi uwarunkowaniami tych procesów. Sandelowski pozycjonuje sytuację reprodukcyjną kobiet między dwoma skrajnymi biegunami – indywidualnej sprawczości i całkowitej bezwolności: „Funkcjonalna zdolność do poczęcia i urodzenia zdrowego dziecka oraz pragnienie posiadania go współtworzą rachunek mimowolny/wolicjonalny, który służy do odróżniania biologicznych niepowodzeń do wolicjonalnych przyczyn niepłodności” (Sandelowski 1990, 478). W efekcie zmedykalizowane i znormalizowane pojęcie niepłodności służyło do dyscyplinowania kobiet, skutecznie wiążąc niechęć do posiadania potomstwa z chorobą czy anormalnością (będącą zarazem przyczyną, jak i konsekwencją bezdzietności) i przesłaniając kwestie niesprawiedliwie dystrybuowanej wiedzy i dostępu do zdrowia reprodukcyjnego.

Reprodukcja społeczna a reprodukcja dla kapitału i państwa narodowego

Opisane w języku feminizmu liberalnego „wolicjonalne przyczyny” niepłodności (do pewnego stopnia przypominające „czynniki środowiskowe” z definicji WHO) to związane z czynnikami cywilizacyjnymi uniemożliwiające poczęcie wybory, które w ujęciu feminizmu marksistowskiego uznane byłyby za warunkowane uspołecznieniem i przynależnością klasową. Są to m.in.: opóźnianie reprodukcji biologicznej, palenie, spożywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych, a także „decyzje” związane z dostępem lub brakiem dostępu do zdrowia reprodukcyjnego (antykoncepcji, aborcji, wspomaganego zapłodnienia) czy *last but not least* wpływ zdegradowanego środowiska i ocieplającego się klimatu na stan zdrowia. Pojęcie reprodukcji społecznej, wypracowane w latach osiemdziesiątych przez feminizm marksistowski i socjalistyczny, i rozwijane później w ramach teorii reprodukcji społecznej (SRT, ang. *social reproduction theory*)⁹, pozwala zrozumieć klasowy – a więc niebędący

9 Włączenie w artykuł rozpoznań teorii reprodukcji społecznej – a także pojawiających się później tekstów Sophie Lewis – zaproponowała mi redaktorka numeru Katarzyna Szopa, za co chciałabym jej podziękować. Warto w tym miejscu wspomnieć, że w polskiej debacie akademickiej w ostatnim czasie wzrosło zainteresowanie kwestią pracy reprodukcyjnej. W trzecim numerze *Praktyki Teoretycznej* z 2017 roku pojawił się przekład tekstu „Kapitał a płeć” Silvii Federici, a także dwa inne artykuły poświęcone temu zagadnieniu (por. „Wstęp do debaty o pracy reprodukcyjnej”, 2017). W 2021 roku w ramach Biennale Warszawa Michalina Augusiak, Kinga Kurysia i Ida Ślęzak kuratorowały program „Rewolucje opiekuńcze”, w ramach którego odbyły się spotkania, rozmowy i wykłady dot.

wyłącznie przedmiotem indywidualnego wyboru – wymiar relacji zachodzących między „przyczynami wolicjonalnymi” a niepłodnością i bezdzietnością.

Jak zauważa Cinzia Arruzza, krytyczne rozpoznanie pojęcia reprodukcji społecznej miało zaferować złożone, nieredukcjonistyczne rozumienie związków między opresją seksistowską i wyzyskiem kapitalistycznym: „zdaniem feministek marksistowskich sposób produkcji i określona struktura stosunków klasowych wyznaczają ramy, w których zachodzą procesy reprodukcji społecznej, czyli procesy reprodukcji i podtrzymywania życia ludzkiego” (Arruzza 2016, 9–10). Arruzza przywołuje wypracowany przez Brenner i Laslett (1991) podział na dwa rodzaje reprodukcji społecznej. Pierwsza (*societal reproduction*) odnosi do reprodukcji całości systemu relacji społecznych, druga (*social reproduction*) to domena tworzenia i utrzymywania życia, na którą składają się: biologiczna reprodukcja gatunku, reprodukcja siły roboczej dla rynku, a także reprodukcja usług opiekuńczych (Arruzza 2016, 10). Mimo konceptualnego rozdziału, w podejściu tym rzeczywistości „łona” i „domu” nie stanowią przestrzeni wyłącznie prywatnych, oddzielonych od „pozostałych” domen i sfer relacji społeczno-ekonomicznych czy szerszej – rzeczywistości politycznej. Jak podkreśla Tithi Bhattacharya, teoria reprodukcji społecznej opiera się na przekonaniu, że „praca (*labor*) leży w sercu produkcji i reprodukcji społeczeństwa jako całości”, i że praca na rynku i dla rynku (zwana produkcją, w opozycji do deprecjonowanej reprodukcji) nie stanowi jedynej formy pracy; by w pełni zrozumieć działanie rynku, należy zdemistyfikować pracę reprodukcyjną „znaturalizowaną do nieistnienia” (Bhattacharya 2017, 2) i na poziomie analizy włączyć ją w całość systemu produkcji społecznej i kapitalistycznej. Choć wolność reprodukcyjna i seksualna – jeden z nadrzędnych postulatów feminizmu liberalnego – pozostają dla feministek marksistowskich istotne, podkreślają one, że kwestie reprodukcyjne nie są jedynie domeną indywidualnego wyboru, ale są społecznie i klasowo uwarunkowane. Zdaniem Arruzzy takie rozumienie pojęcia reprodukcji

właśnie pracy reprodukcyjnej (zob. <https://biennalewarszawa.pl/rewolucje-opiekuncze/>) i przetłumaczony został tekst poświęcony zagadnieniu pracy reprodukcyjnej w dobie pandemii koronawirusa (zob. Bhattacharya et al. 2021). To tylko niektóre z przykładów. Zainteresowanie tym zagadnieniem można uzasadnić na wiele sposobów, osobiście zwróciłabym uwagę na kwestie związane z polityką reprodukcyjną w Polsce (zwłaszcza aborcją), pandemię koronawirusa, prekaryzację i mechanizację rynku pracy, prywatyzację wielu sfer życia związanych z reprodukcją, wzrastające zapotrzebowanie na pracę reprodukcyjną, którą często wykonują w Polsce migrantki. Zmienia się także świadomość społeczna dotycząca znaczenia pracy reprodukcyjnej, która dzięki zaangażowaniu lewicowych feministek zaczyna być traktowana poważnie.

społecznej pozwala badać, dlaczego kryzys globalnego neoliberalizmu prowadzi do prywatyzacji i utowarowienia reprodukcji, umożliwiając kapitałowi wnikanie do sfer wcześniej uznawanych za prywatne (Arruzza 2016, 11). W konsekwencji, w społeczeństwie kapitalistycznym reprodukcja stanowi zarazem przestrzeń produktywną, jak i warunek konieczny całego procesu życia społecznego, a co za tym idzie – także samej produkcji (Arruzza 2016, 11).

Choć kapitalizm i państwo konserwatywno-liberalne wytwarzają i podtrzymują narracje prorodzinne wzmacniające dopływ pracowników dla kapitału i obywateli państwa narodowego, równocześnie w ich materialnym interesie nie leży zapewnianie sprawiedliwego dostępu do zdrowia reprodukcyjnego. Problem niepłodności – diagnostyka i dostęp do leczenia – plasuje się w centrum tego paradoksu. Niepłodność wpisuje się zatem w system sfer reprodukcji społecznej kontrolowanych przez kapitał, który za pomocą heteronormy, seksualizacji i mechanizmów urasawiania ułatwia lub utrudnia reprodukcję biologiczno-społeczną określonym grupom populacji. W efekcie system prawny, sposoby finansowania i świadczenia usług medycznych zachęcają do reprodukcji niektóre grupy osób, a inne z niej wykluczają. W zależności od lokalizacji geograficznej i sytuacji politycznej zniechęcanie do posiadania biologicznego potomstwa lub wręcz manipulowanie reprodukcją spotyka inne grupy dyskryminowane: osoby w kryzysie bezdomności, niebiałe, nieheteronormatywne, niezamożne czy z niepełnosprawnością¹⁰. W tym kontekście niezwykle istotne jest także pojęcie reprodukcji warstwowej (ang. *stratified reproduction*) utworzone w 1995 roku przez Raynę Rapp i Faye D. Ginsburg. Badaczki zaobserwowały, że zdolność do kontrolowania własnych wyborów reprodukcyjnych – zarówno zapobiegania ciąży, jak i posiadania potomstwa – jest społecznie uwarunkowana i wiąże się nie tylko z regulacjami prawnymi i stanem opieki medycznej w danym kraju, ale także z urasawianiem, orientacją seksualną, płcią, klasą czy statusem społeczno-ekonomicznym (zob. Ginsburg i Rapp 1995). Użyte pojęcie „stratyfikacji” czy „uwarstwowienia” uświadamia, że krzyżujące się uwarunkowania materialne i społeczne tworzą szerokie spektrum

10 Warto nadmienić, że współczesny system usług medycznych jest nie tylko niesprawiedliwy, ale także zbudowany na wiedzy pochodzącej z dyskryminacyjnych praktyk: imperialna Europa „testowała” w koloniach nie tylko metody wyzysku ekonomicznego, ale także kontroli prokreacji; osoby urasawiane, biedne czy uzależnione stawały się przedmiotem praktyk eugenicznych także w Europie i Stanach Zjednoczonych (np. przymusowej sterylizacji). Praktyki te, poza realizacją celów eugenicznych, były formą medycznych eksperymentów nad ludzką reprodukcją (zob. Kapsalis 1997; Ordovery 2003; Patel 2017).

dostępu do zdrowia reprodukcyjnego. Na jednym jego końcu plasuje się całkowita wolność reprodukcyjna (do i od prokreacji), na drugim całkowite wykluczenie z dostępu do opieki medycznej i możliwości kontrolowania własnej płodności.

Nie bez powodu ograniczanie możliwości reprodukcji społecznej, a czasem także biologicznej, stanowi jeden z elementów tzw. śmierci społecznej (*social death*) czy reprodukcyjnej alienacji (*natal alienation*), które zdaniem Orlando Pattersona stanowią konstytutywne elementy niewolnictwa (Patterson 1982, 7). W rzeczywistości ludności zniewolonych reprodukcja społeczna ograniczała się często do możliwości prokreacji biologicznej: potomkowie niewolników stawali się również niewolnikami, czego konsekwencją było rozerwanie więzi rodzinnej i niemożność decydowania o własnym losie, czyli m.in. o reprodukcji lub jej braku. Wedle analizy Susan Buck-Morss krytycznym momentem ujawniającym mechanikę tego procesu jest abolicja: chwila, w której reprodukcja wyzwolonych przestaje być pożądana, a byli niewolnicy stają się niepodlegającymi asymilacji obcymi. Za Pattersonem badaczka cytuje Meillassoux, który określa niewolnictwo jako „antytezę pokrewieństwa i odróżnia społeczny wpływ niewolnictwa na relacje pokrewieństwa od ekonomicznego wyzysku pracy niewolniczej” (Buck-Morss 2014, 129, przyp. 70). Dlatego właśnie możliwość reprodukcji związana jest z szerszym kontekstem prawa do przyszłości. Jak zauważa Mbembe:

kolonizacja w swej istocie była fundamentalną negacją czasu. Z kolonialnego punktu widzenia tubylcy nie byli po prostu ludźmi bez przeszłości i bez historii. Byli to ludzie radykalnie umieszczeni poza czasem. Europa miała monopol na tę podstawową cechę ludzką, którą nazywamy dyspozycją do przyszłości (...). (Mbembe 2021, 53)

Z jednej strony zatem niezdolność do prokreacji może stać się źródłem wykluczenia z normatywnej definicji człowieczeństwa, z drugiej – osoby uznane za niepożądane mogą być na różne sposoby pozbawiane możliwości reprodukcji, doświadczając wówczas *niepełnosprawności*, której powodem nie jest fizjologiczna *niesprawność*. Wystarczy przyjrzeć się historii zjawiska: od końca dwudziestego wieku niepłodność uznawana była za chorobę społeczną, rodzaj zaburzenia związanego ze zmianą stylu życia i modelu funkcjonowania kobiet w społeczeństwie. Co jednak istotne, oczekiwania reprodukcyjne różniły się w zależności od rasy i klasy. Oceniając negatywnie aktywizację zawodową kobiet, lekarze i eksperci przyczyn problemu niepłodności upatrywali przede wszystkim w pracy intelektualnej, a nie fizycznej. Jak zauważa Sandelowski, troska dotyczyła

wyłącznie spadku liczby urodzeń w klasach średnich i wyższych, czyli wśród białych kobiet. Mimo że częstotliwość występowania niepłodności była niemal równa w biedniejszych klasach i wśród osób pracujących fizycznie, lekarze uzasadniali swoje selektywne zaniepokojenie teorią, że praca fizyczna i ubóstwo sprzyjają płodności, natomiast bogactwo wiąże się z niepłodnością (Sandelowski 1990, 486). Zdaniem badaczki, pierwsze dekady dwudziestego wieku zdominowały „natywistyczne obawy przed »samobójstwem rasowym« i tym, co postrzegano jako niekontrolowaną płodność biedniejszych klas społecznych i imigrantów oraz ruch eugeniczny w kierunku poprawy rasowej” (Sandelowski 1990, 486). Panika moralna przyjęła kształt ekonomii zarządzania reprodukcją: wiązała się z oficjalnym zachęcaniem kobiet dobrze usytuowanych i białych do prokreacji przy równoczesnym zniechęcaniu osób kolorowych, uboższych, chorych psychicznie czy doświadczających niepełnosprawności. Również później specyficzny rodzaj zarządzania paniką moralną i reprodukcją związany był z realnymi zyskami: określonych klas społecznych i politycznych, a także przemysłu farmaceutycznego. Nakaz reprodukcji, kierowany do specyficznych grup i klas, wiązał i wiąże się ze specyficznym „lękiem, na którym opierają się kapitalizm i heteropatriarchat, by odtwarzać logikę i inskrypcje, za pomocą których porządkują nasze ciała” (Keeling 2019, XIII). Kwestia reprodukcji ujawnia jedną z wielu sprzeczności kapitału, który z jednej strony ma swój interes w optymalizacji reprodukcji biologiczno-społecznej – w myśl zasady, że (re)produkcja jest zawsze lepsza niż jej brak, a ręk do pracy nigdy dość – a z drugiej, zniechęca do reprodukcji wybrane grupy producentów-konsumentów lub za pomocą „efektów ubocznych” zmniejsza ich płodność. Do takich „efektów ubocznych” należą np. rosnące problemy z mieszkalnictwem, degradacja środowiska naturalnego, droga i modyfikowana żywność czy pogarszanie stanu zdrowia psychicznego i fizycznego klasy pracującej.

Choć w definicji zaproponowanej przez WHO niepłodność ma charakter wyraźnie binarny (mowa jest o czynnikach „męskich” i „żeńskich”), podobnie jak inne zjawiska o podłożu fizjologicznym funkcjonuje poza tożsamością, a więc dotyczy także osób niemieszczących się w kategoriach kobiecości i męskości – osób niebinarnych, trans- i interplciowych, w przypadku których diagnostyka i leczenie bywają znacznie utrudnione. Z punktu widzenia społecznego, a nie ściśle biologicznego, niepłodność nie jest jedynym stanem uniemożliwiającym reprodukcję. W krajach, w których porządek prawny uniemożliwia zawieranie związków partnerskich przez osoby tej samej płci, a także odmawia im dostępu do adopcji, prokreacja okazuje się trudna dla wielu ludzi płodnych: osoby niewchodzące w relacje heteroseksualne często pozbawione są dostępu

Choć w definicji zaproponowanej przez WHO niepłodność ma charakter wyraźnie binarny (mowa jest o czynnikach „męskich” i „żeńskich”), podobnie jak inne zjawiska o podłożu fizjologicznym funkcjonuje poza tożsamością, a więc dotyczy także osób niemieszczących się w kategoriach kobiecości i męskości – osób niebinarnych, trans- i interplciowych, w przypadku których diagnostyka i leczenie bywają znacznie utrudnione.

do technik wspieranego rozrodu. W konsekwencji, mimo rewolucji, jaką stanowiło wynalezienie metod sztucznej inseminacji i zapłodnienia in vitro, problemu reprodukcji biologicznej i społecznej osób samotnych, nieheteronormatywnych czy nieposiadających wystarczającego kapitału finansowego lub społecznego (takiego jak sieć wsparcia czy edukacja seksualna) w wielu krajach, w tym Polsce, wciąż nie udało się rozwiązać¹¹. Alternatywy dla reprodukcji biologicznej do dziś wydają się gorsze niż klasyczna reprodukcja (Britt 2001, 43; Craig 2020, 106). W wielu społeczeństwach, w tym polskim, adopcja pozostaje uznawana za coś, na co pary decydują się w ostateczności, gdy inne opcje zawiodą (Radkowska-Walkowicz 2013, 130, 228). Adopcja nie jest oczywiście formą leczenia niepłodności, ale może stanowić remedium na bezdzietność. Choć wątpliwości związane z wyborem tej drogi mogą mieć różne podłoże – to bowiem zdecydowanie inny model relacji rodzicielskiej niż posiadanie biologicznego potomstwa – trudno oddzielić niechęć wobec adopcji od wpływającej na indywidualne i zbiorowe pragnienia „regulatywnej fantazji rodziny nuklearnej” (Lewis 2021)¹².

Ważne w tym kontekście rozpoznania związane z kwestią pracy reprodukcyjnej i ciąży pochodzą z materialistycznego podejścia do badania zjawiska surogacji. Zdaniem Sophie Lewis, pojęcie „reprodukcji wspieranej” to mistyfikacja przesłaniająca fakt, że każda forma reprodukcji jest w istocie wspierana: „(...) odkąd doskonałość zapłodnienia in vitro umożliwiła organizmowi rodzenie się z całkowicie obcego materiału, żywi ludzie

11 Do 2015 roku nie istniała w Polsce regulacja prawna określająca warunki wykorzystywania nowych technologii reprodukcyjnych (NTR). Jak zauważają Krawczak, Maciejewska-Mroczek i Radkowska-Walkowicz, w konsekwencji dostęp i sposób korzystania z NTR był regulowany wyłącznie „potrzebami tzw. wolnego rynku oraz kompetencjami i tradycjami polskiej medycyny rozrodu” (Krawczak et al. 2018, 7–8). Zdaniem autorek uchwalenie ustawy o leczeniu niepłodności nie przekierowało dyskusji wokół in vitro na pożądane z punktu widzenia osób niepłodnych tory. Wręcz przeciwnie: ogniskując się wokół pytania, czy w kraju takim jak Polska in vitro powinno być w ogóle legalne, debata zyskała wyraźnie upolityczniony i moralizatorski charakter (Krawczak et al. 2018, 8).

12 Co ciekawe, krytyka tego rodzaju – uznająca niechęć wobec adopcji za wynik fetyszyzacji rodzicielstwa biologicznego i kapitalizacji relacji społecznych – pojawia się w przeciwnej stosowaniu in vitro retoryce hierarchów Kościoła katolickiego, czego przykładem mogą być słowa biskupa Tadeusza Pieronka: „Pary decydujące się na in vitro wolą kupić dziecko niż je adoptować. Nie chcą dziecka z adopcji, bo pragną mieć »swoje« dziecko. To jest właśnie logika towaru, a nie daru” (Pieronek 2009; cyt. za Radkowska-Walkowicz 2013, 72). Wypowiedź ta pomija oczywiście wiele istotnych faktów, m.in. to, że adopcja nie jest sposobem leczenia niepłodności, że in vitro nie jest sposobem „kupowania” dzieci i że mało kogo w Polsce na nie stać.

stali się »technologicznym« składnikiem eufemizmu »technologia wspomagane go rozrodu« (Lewis 2018). Za Angelą Davis badaczka zauważa, że tak zwane nowe technologie reprodukcyjne nie są znowu takie nowe: czarne kobiety w USA stały się swego rodzaju technologicznym przedłużeniem białych rodzin nuklearnych, spełniając role reprodukcyjne, podczas gdy same pozbawiane były statusu matek czy nawet kobiet (można by prawdopodobnie przeprowadzić częściowo analogiczną analizę pracy służących, mamek i guwernerek w homogenicznych rasowo społeczeństwach). Jak podkreśla Lewis, branża leczenia niepłodności – dodałabym: w swoim zmedykalizowanym, technokratycznym, nastawionym na zyski wymiarze – zajmuje się „przekonywaniem wszystkich, że muszą mieć własne biogenetyczne dziecko” (Lewis 2018). Filozofka odnosi się w tym miejscu do radykalnej tradycji *polimacierzyństwa*, reprezentowanej m.in. przez Alexis Pauline Gumbs, w ramach której dzieci mogą mieć wiele matek (o wszelkiej płci), a także do tradycji czarnego feminizmu. Jak pisze, „to właśnie Siostrzeństwo Czarnych Samotnych Matek głosiło, że dzieci »nie będą należeć do patriarchy. Do nas też nie będą należeć. Będą należeć tylko do siebie« (Lewis 2018). Według analizy przeprowadzonej przez Lewis mistyfikacyjny charakter podziału na naturalną i wspieraną prokreację służy w patriarchalnym kapitalizmie wyzyskiwaniu pracy reprodukcyjnej, a także reprodukowaniu określonego modelu rodzicielstwa, który dla wielu ludzi okazuje się trudno dostępny czy wręcz nieosiągalny.

Warto się jednak zastanowić, czy w społeczeństwie zdominowanym przez przymus reprodukcyjny, w którym biologiczne macierzyństwo w swym idealizowanym, białym, heteroseksualnym, nuklearnym wymiarze pozostaje wzorem reprodukcji społecznej, istnieje w ogóle szansa na sprawiedliwe zaspokojenie pragnień prokreacyjnych wszystkich obywateli i obywaterek.

Nie chcę tutaj sugerować, że *polimacierzyństwo* – będące raczej utopijnym horyzontem mniej lub bardziej osiągalnej przyszłości – jest odpowiedzią na problem niepłodności, który powinien być sprawiedliwie diagnozowany i leczony z wykorzystaniem osiągnięć współczesnej medycyny. Warto się jednak zastanowić, czy w społeczeństwie zdominowanym przez przymus reprodukcyjny, w którym biologiczne macierzyństwo w swym idealizowanym, białym, heteroseksualnym, nuklearnym wymiarze pozostaje wzorem reprodukcji społecznej, istnieje w ogóle szansa na sprawiedliwe zaspokojenie pragnień prokreacyjnych wszystkich obywateli i obywaterek. Jedną rzeczą jest brak sprawiedliwej opieki reprodukcyjnej i szeroko dostępnej edukacji seksualnej, które powinny być standardem. Inną natomiast zideologizowany i uproszczony obraz życia reprodukcyjnego, który w istocie w założeniu wyklucza możliwość prokreacji wielu podmiotów. Warto w tym kontekście pomyśleć o podkreślanej przez Lewis mrocznej stronie tzw. naturalnej reprodukcji, która stanowi poważne i często nawet śmiertelne zagrożenie zarówno na poziomie ciąży, porodu, jak i pokoju¹³. Propagując zideologizowany obraz reprodukcji i macie-

13 Jak zauważa Lewis, mimo międzynarodowych i lokalnych wysiłków wciąż

rzyństwa, kapitalizm kontynuuje pracę społeczną alienacji i wytwarza obraz świata, w którym niewiele miejsca pozostaje na solidarność, wzajemne wsparcie czy istotne przejęcie się losem narodzonych już dzieci (zob. Edelman 2004, 11). Niebagatelna jest konstatacja Lewis, że podnoszony od lat sześćdziesiątych przez ruchy feministyczne i queerowe postulat zniesienia rodziny – wielokrotnie źle rozumiany, oskarżany o rasizm i prowadzany do banalnego nihilizmu czy antynatalizmu – jest w istocie lewicowy: wiąże się z deprivatyzacją opieki i uspołecznieniem reprodukcji (Lewis 2021). Można by też dodać, że zawiera w sobie postulat radykalnej troski: proponuje wizję społeczeństwa, w którym „dostęp do mieszkań, opieka zdrowotna, opieka nad osobami starszymi i dziećmi, a także edukacja będą powszechne, bezpłatne, zdekomodifikowane i demokratycznie zarządzane” (Lewis 2021).

Epilog. Niepłodność a polska polityka reprodukcyjna

Nie trzeba wcale szukać daleko, by prześledzić pracę wplecionych w ideologię konserwatywnego państwa i zaprzęgniętych w system kapitalistyczny mechanizmów przymusu reprodukcyjnego. Ciekawie konflikt wokół polityki reprodukcyjnej, zagadnienia „wyboru” i jego uwikłania w kwestie klasowe, a także roli kobiety – z jednej strony obciążonej obowiązkiem reprodukcyjnym, a z drugiej wyemancypowanej w logice liberalnego feminizmu – ujawnił w Polsce wprowadzony w 2016 roku program „500+”. W oczach liberalnej lewicy nieprzypadkową była koincydencja wprowadzenia programu i zaostrzenia zakazu aborcji. W tym odczytaniu oba ruchy stanowiły ekspresję polityki konserwatywnego państwa, kształtującego w ramach programów i ustaw ideał podmiotu politycznego (czytaj: nuklearnej katolickiej rodziny heteroseksualnej). Nierzadko podejście takie ignorowało klasowy wymiar dostępu do reprodukcji (rozumianej szeroko, zarówno jako możliwość rozrodu, jak i utrzymania rodziny) i postrzegało program wspierania rodzin jako rozdawnictwo mające służyć „produkcji masy wyborczej” czy wręcz „reprodukcji patologii”. W równie istotny sposób kwestię niesprawiedliwości reprodukcyjnej eksponuje trwający do dziś konflikt wokół

wielu ludzi ginie w trakcie ciąży i porodu. Sytuacja znacznie poprawiła się w ciągu ostatnich lat, mimo to w Polsce umiera między 4 a 5 noworodków na 1000 urodzeń (zob. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, <https://childmortality.org/data/Poland>) i średnio 2 kobiety na 1000 ciąży/położeń (zob. Maternal mortality ratio. 2000 to 2017, <https://ourworldindata.org/grapher/maternal-mortality-ratio-sdgs?tab=chart&country=-POL>).

aborcji. Wykorzystywane podczas licznych strajków i protestów hasła „Martwa dziecka nie urodź!” czy „Aborcja prawem, nie towarem!” broniące sprawiedliwego prawa dostępu do aborcji miały wskazywać na hipokryzję konserwatywnej władzy w prowadzeniu polityki reprodukcyjnej¹⁴. Śmiercionośne przekonanie o potrzebie chronienia płodów bez względu na zdrowie i życie osób w ciąży zdaje się nie licować z szerszym, dość obojętnym podejściem rządu do kwestii zdrowia i bezpieczeństwa reprodukcyjnego (wspomnieć wystarczy o braku edukacji seksualnej, niefinansowaniu skutecznego programu leczenia niepłodności, niezapewnianiu łatwego i taniego dostępu do antykoncepcji oraz uniemożliwianiu aborcji). Dzięki pracy aktywistek proaborcyjnych w ostatnich latach w polskiej debacie publicznej doszło do przełomu: dostęp do aborcji powiązany został z kwestiami wykluczenia ekonomicznego i informacyjnego. Niestety nie wpłynęło to na zmianę legislacji ani, jak się wydaje, na zmianę myślenia o sprawiedliwości reprodukcyjnej i szeroko rozumianej pracy reprodukcyjnej, której integralnymi częściami pozostają kwestie niepłodności, bezdzietności, a także płodności, ciąży, porodu, położu i opieki nad dziećmi.

Podobnie jest w Polsce z kwestią adopcji, która nie jest oczywiście metodą leczenia niepłodności, ale pozostaje jednym z niewielu dostępnych remediów na jej częstą konsekwencję, czyli bezdzietność. Choć polskie przepisy nie uściślają długości stażu małżeńskiego par chcących adoptować dzieci, w informatorze dostępnym na stronie rządowej czytamy, że:

Dla dzieci szuka się przede wszystkim pełnych rodzin, składających się z mamy i taty. Nie oznacza to jednak, że adopcja przez osobę samotną nie jest możliwa. Zwykle osoby samotne adoptują starsze dzieci, którym mogą służyć za autorytet i wsparcie. Przechodzą one standardową procedurę adopcyjną. Ważne jest, by podczas procedury kwalifikacyjnej wykazały one, że w procesie wychowywania dziecka mogą liczyć na wsparcie ze strony członków najbliższej rodziny. (Departament Polityki Rodzinnej, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej 2017)

Z powyższego opisu wynika, że przy podejmowaniu decyzji o zgodzie na adopcję preferuje się małżeństwa, a zatem mocą polskiego prawa wyłącznie związki heteroseksualne, zaś w przypadku osób samotnych procedura jest utrudniona¹⁵. Los osób niepłodnych wzbudza często

14 Za zasugerowanie wykorzystania tych dwóch przykładów chciałabym podziękować redaktorce numeru Katarzynie Warmuz.

15 Warto nadmienić, że spora część ośrodków adopcyjnych w Polsce to

współzucie i można mieć wrażenie, że powinien leżeć na sercu władzy zorientowanej na optymalizację reprodukcji i dobro rodziny. Deklaracje troski formułowane przez decydentów nic jednak nie znaczą, jeśli możliwość reprodukcji pozostaje obwarowana bardzo wysokimi wymaganiami: wpasowania się w wąsko zakrojone modele tożsamości i relacji, a także ewentualnością samodzielnego finansowania nierzadko niezwykle kosztownych badań diagnostycznych oraz terapii niepłodności¹⁶. Doświadczenie osób niepłodnych okazuje się zatem w nieunikniony sposób negatywne: tym, którym zależy na prokreacji, państwo oferuje niewiele – w ramach logiki kapitalistycznej często wyłącznie tyle, na ile starczy prywatnych środków finansowych i czasu; tym, którym nie zależy na reprodukcji biologicznej – nie daje łatwego dostępu do innych form rodzicielstwa; w końcu tym, dla których tradycyjnie rozumiane więzi pokrewieństwa nie są w ogóle istotne – gwarantuje stygmatyzację, wykluczenie poza sferę normatywnych modeli życia społecznego, a także ponoszenie finansowych konsekwencji niewchodzenia w relacje małżeńskie.

Ze względu na złożony charakter niepłodności, posiadającej fizjologiczne, „naturalne” podłoże, a zarazem silnie zmedykalizowanej, uwikłanej w kwestie społeczne i klasowe, nie sposób wyobrazić sobie znalezienia na nią uniwersalnego remedium. Najbardziej priorytetowe jest oczywiście zapewnienie dostępu do diagnostyki i leczenia, które wyniknąć może jedynie ze społecznego nacisku i aktywizmu. Ze strony zaangażowanej społecznie teorii obiecujące wydaje się natomiast uświadamianie, jak silnie zideologizowane jest podejście do reprodukcji w kapitalizmie, zwłaszcza w ramach państwa konserwatywno-liberalnego. Zanim dojdzie do uspołecznienia reprodukcji, a przynajmniej diagnostyki i leczenia niepłodności, istotne wydaje się szukanie alternatywnych dla biologicznej prokreacji sposobów nadawania sensu wspólnotowemu życiu. Pytania o koszty, jakie pociąga za sobą odmowa reprodukcji w społeczeństwach zorganizowanych wokół przymusu reprodukcyjnego, stawiają od lat badaczki feministyczne, queerowe, reprezentanci black studies i teorii kalekiej (*crip theory*). Wypowiadające się w imieniu podmiotów najsilniej dotkniętych przymusem prokreacji lub przeciwnie – wykluczonych z systemu reprodukcji biologiczno-społecznej – przed-

organizacje archidiecezjalne, otwarcie kierujące się doktryną Kościoła katolickiego, w ramach której preferuje się tzw. pełne rodziny (małżeństwa katolickie) i nie uznaje się relacji nieheteronormatywnych.

16 Istotnym kontekstem, związanym zarówno z tematem niepełnosprawności i pracy opiekuńczej, jak i niechęcią państwa do wspierania pracy reprodukcyjnej, są protesty opiekunów dzieci z niepełnosprawnościami, które toczą się w Polsce co najmniej od 2014 roku.

stawicielki tych nurtów krytycznie podchodzą do wytwarzanych i reprodukowanych w kapitalizmie norm i pragnień oraz poszukują odpowiedzi na pytania, co się za nimi kryje i co może stać się dla nich alternatywą. Choć oscylująca wokół braku odmowa prokreacji niekoniecznie równa się rezygnacji z reprodukcji, jest raczej początkiem drogi ku alternatywnej przyszłości lub może raczej – terażniejszości. Przywołany za Lewis postulat zniesienia rodziny odsłania horyzont nowych, głębszych więzi społecznych, które możemy praktykować już tu i teraz. Jak bowiem pisze Silvia Federici: „Zmianianie naszych ciał, odzyskiwanie kontroli nad naszą seksualnością i reprodukcją to zmienianie materialnych warunków naszego życia. Zasada ta musi kierować naszymi jednostkowymi i zbiorowymi działaniami” (Federici 2022, 65).

Wykaz literatury:

- Arruzza, Cinzia. 2016. „Functionalist, Determinist, Reductionist: Social Reproduction Feminism and its Critics.” *Science & Society* 80(1): 9–30. <https://doi.org/10.1521/siso.2016.80.1.9>
- Becker, Gay. 1994. „Metaphors in Disrupted Lives: Infertility and Cultural Constructions of Continuity.” *Medical Anthropology Quarterly* 8(4): 383–410. <https://doi.org/10.1525/maq.1994.8.4.02a00040>
- Bhattacharya, Tithi. 2017. „Introduction: Mapping Social Reproduction Theory.” W *Social Reproduction Theory: Remapping Class, Recentering Oppression*, red. Tithi Bhattacharya. London: Pluto Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1vz494j.5>
- Brenner, Johanna, i Barbara Laslett. 1991. „Gender, Social Reproduction, and Women’s Self-Organization: Considering the US Welfare State.” *Gender & Society* 5(3): 311–333. <https://doi.org/10.1177/089124391005003004>
- Britt, Elizabeth. 2001. *Conceiving Normalcy: Rhetoric, Law, and the Double Binds of Infertility*. Tuscaloosa: University of Alabama Press.
- Buck-Morss, Susan. 2014. *Hegel, Haiti i historia uniwersalna*. Tłum. Katarzyna Bojarska. Warszawa: Krytyka Polityczna.
- Centrów Kontroli i Prewencji Chorób (Centers of Disease Control and Prevention). „Niepełnosprawność (*Disability*).” <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability.html>
- Craig, Layne Parish. 2020. „Soldiering On»: Social Media Representations of Infertility and Assisted Reproduction as Patient Narratives.” *Literature and Medicine* 38(1): 88–112. <https://doi.org/10.1353/lm.2020.0004>

- Departament Polityki Rodzinnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. 2017. *Adopcja drogą do rodzicielstwa. Informator dla kandydatów do przysposobienia dziecka*. Warszawa.
- Edelman, Lee. 2004. *No Future: Queer Theory and the Death Drive*. Durham – London: Duke University Press. <https://doi.org/10.1017/S0021875806341801>
- Federici, Silvia. 2022. *Poza granicami skóry. Przemysłowanie, przekształcanie i odzyskiwanie ciała we współczesnym kapitalizmie*. Tłum. Joanna Bednarek. Warszawa: Książka i Prasa.
- Ferguson, Roderick. 2003. *Aberrations in Black: Toward a Queer of Color Critique*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Gawlikowska, Dorota. 2018. „Być w ciąży tylko na próbę. Konceptualizacja przyszłego dziecka przez pary będące w trakcie i po zakończeniu leczenia, objęte opieką psychologiczną w ośrodkach leczenia niepłodności.” W *Dziecko, in vitro, społeczeństwo. Ujęcie interdyscyplinarne*, red. Anna Krawczak, Ewa Maciejewska-Mroczek, Magdalena Radkowska-Walkowicz. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Ginsburg, Faye D., i Rayna Rapp. 1995. *Conceiving the New World Order*. Berkeley – Los Angeles – London: University of California Press.
- Greil, Arthur L. 1991. *Not Yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*. New Brunswick: Rutgers UP.
- Inhorn, Marcia C., i Pasquale Patrizio. 2015. „Infertility around the Globe: New Thinking on Gender, Reproductive Technologies and Global Movements in the 21st Century.” *Human Reproduction Update* 21(4): 411–426. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv016>
- Kafer, Alison. 2013. *Feminist Queer Crip*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press. <https://doi.org/10.1080/23312521.2019.1673352>
- Kapsalis, Terri. 1997. „Mastering the Female Pelvis: Race and the Tools of Reproduction.” W *Public Privates: Performing Gynaecology from Both Ends of the Speculum*. Durham: Duke University Press.
- Keeling, Kara. 2019. *Queer Times, Black Futures*. New York: New York University Press. <https://doi.org/10.18574/nyu/9780814748329.001.0001>
- Koperwas, Magdalena, i Magdalena Głowacka. 2017. „Problem niepłodności wśród kobiet i mężczyzn – epidemiologia, czynniki ryzyka i świadomość społeczna.” *Aspekty zdrowia i choroby* 2(3): 31–49.
- Krawczak, Anna, Ewa Maciejewska-Mroczek, i Magdalena Radkowska-Walkowicz. 2018. „Dziecko, in vitro, społeczeństwo. Wprowadzenie.” W *Dziecko, in vitro, społeczeństwo. Ujęcie interdyscyplinarne*, red. Anna Krawczak, Ewa Maciejewska-Mroczek, Magdalena Radkowska-

- Walkowicz. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Lewis, Sophie. 2018. „The Gender of Gestating Is Ambiguous. Forum Response: Mothering.” https://bostonreview.net/forum_response/sophie-lewis-lewis-emre/
- Lewis, Sophie. 2021. „The Family Lottery: Family Abolitionism Puts Children’s Freedom at the Heart of Society.” <https://www.dissent-magazine.org/article/the-family-lottery>
- Łepecka-Klusek, Celina, Anna B. Pilewska-Kozak, i Grzegorz Jakiel. 2012. „Niepłodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO.” *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 18(2): 163–166.
- Maternal mortality ratio. 2000 to 2017. <https://ourworldindata.org/grapher/maternal-mortality-ratio-sdgs?tab=chart&country=-POL>
- Mbembe, Achille. 2021. *Out of the Dark Night: Essays on Decolonization*. New York: Columbia University Press.
- Mishtal, Joanna. 2015. *The Politics of Morality. The Church, the State, and Reproductive Rights in Postsocialist Poland*. Athens: Ohio University Press.
- Mishtal, Joanna. 2018. „Państwo polskie i rodzicielstwo. Analiza krytyczna odejścia od refundacji leczenia niepłodności i wprowadzenia programu »Rodzina 500 plus«.” W *Dziecko, in vitro, społeczeństwo. Ujęcie interdyscyplinarne*, red. Anna Krawczak, Ewa Maciejewska-Mroczek, Magdalena Radkowska-Walkowicz. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Mishtal, Joanna, i Magdalena Radkowska-Walkowicz. 2017. „Introduction: Between Policy and Practice – Interdisciplinary Perspectives on Assisted Reproductive Technologies and Equitable Access to Health Care.” *Reproductive Biomedicine & Society* 3 (March issue): 36–40.
- Ordovery, Nancy. 2003. *American Eugenics: Race, Queer Anatomy, and the Science of Nationalism*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Palmer-Wackerly, Angela L., i Janice L. Krieger. 2014. „Dancing Around Infertility: The Use of Metaphors in a Complex Medical Situation.” *Health Communication* 30(6): 612–623. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.888386>
- Patel, Priti. 2017. „Forced Sterilization of Women as Discrimination.” *Public Health Reviews* 38(15): 1–12. <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0060-9>
- Patterson, Orlando. 1982. *Slavery and Social Death: A Comparative Study*. Cambridge: Harvard University Press.
- Pieronek, Tadeusz. 2009. „Pierwowzorem in vitro jest Frankenstein.”

- Rozmawia Wojciech Harpula. <https://wiadomosci.onet.pl/religia/pierwowzorem-in-vitro-jest-frankenstein/8fxp5c>
- Polityka. 2019. „Refundacja in vitro dostępna tylko w ramach programów miejskich.” 28 czerwca 2019. <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/1798364,1,refundacja-in-vitro-dostepna-tylko-w-ramach-programow-miejskich.read>
- Przybył, Iwona. 2003. „Naznaczenie społeczne i samonaznaczenie osób niepełnych.” *Blaski i cienie życia rodzinnego. Roczniki socjologii rodziny XV*: 47–61.
- Radkowska-Walkowicz, Magdalena. 2013. *Doświadczenie in vitro. Niepłodność i nowe technologie reprodukcyjne w perspektywie antropologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego. <https://doi.org/10.31338/uw.9788323513032>
- Radkowska-Walkowicz, Magdalena. 2017. „How the Political Becomes Private: In Vitro Fertilization and the Catholic Church in Poland.” *Journal of Religion and Health* 57: 979–993.
- Reimann, Maria. 2018. „»Trzeba być w tym razem«. O męskim doświadczeniu niepłodności i leczenia metodą in vitro.” W *Dziecko, in vitro, społeczeństwo. Ujęcie interdyscyplinarne*, red. Anna Krawczak, Ewa Maciejewska-Mroczyk, Magdalena Radkowska-Walkowicz. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Reimann, Maria. 2019. *Nie przywitam się z państwem na ulicy. Szkic o doświadczeniu niepełnosprawności*. Warszawa: Wydawnictwo Czarne.
- Sandelowski, Margarete J. 1990. „Failures of Volition: Female Agency and Infertility in Historical Perspective.” *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 15(3): 475–499.
- Szopa, Katarzyna. 2021. „»Bo musi boleć« – endometrioza, zdrowie reprodukcyjne i polityka długu.” *Nowy Obywatel*. <https://nowyobywatel.pl/2021/03/23/bo-musi-bolec-endometrioza-zdrowie-reprodukcyjne-i-polityka-dlugu/>
- Taylor, Sunaura. 2017. *Beasts of Burden: Animal and Disability Liberation*. New York: The New Press.
- UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. <https://childmortality.org/data/Poland>
- Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności. Internetowy System Aktów Prawnych. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150001087>
- WHO (Światowa Organizacja Zdrowia). „Niepłodność (*Infertility*).” https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab_1
- Wilczyńska, Anna. 2022. „Z problemem niepłodności mierzy się nawet co piąta para w Polsce.” <https://tvn24.pl/polska/z>

problemem-nieplodnosci-mierzy-sie-nawet-co-piata-para-w-polsce-dofinansowanie-do-in-vitro-oferuja-niektore-samo-5728591

Woźniak, Anna. 2018. „...by każde dziecko miało mamę i tatę.« Czy dziecko w Polsce musi mieć heteroseksualnych rodziców? Analiza prawna wybranych przepisów ustawy o leczeniu niepłodności.” W *Dziecko, in vitro, społeczeństwo. Ujęcie interdyscyplinarne*, red. Anna Krawczak, Ewa Maciejewska-Mroczek, Magdalena Radkowska-Walkowicz. Warszawa: Oficyna Naukowa.

TERESA FAZAN – doktorantka w Szkole Doktorskiej Nauk Humanistycznych Uniwersytetu Warszawskiego w dziedzinie Filozofia. Absolwentka Wydziału Filozofii w ramach MISH-u na Uniwersytecie Warszawskim (2019) oraz Gender Studies na Uniwersytecie Środkowoeuropejskim (2021). Rok spędziła na Wolnym Uniwersytecie w Berlinie dzięki stypendium w programie Erasmus. W pracy badawczej zajmuje się przede wszystkim filozofią postkolonialną i reprodukcją (aborcją, sprawiedliwością reprodukcyjną, bezpłodnością).

Dane adresowe:

Uniwersytet Warszawski
Wydział Filozofii
Krakowskie Przedmieście 26/28,
00-927 Warszawa, Polska
email: t.fazan@uw.edu.pl

Cytowanie:

Fazan, Teresa. 2022. „Przymus, odmowa, niemoc. O niepłodności i bezdzietności w kapitalizmie.” *Praktyka Teoretyczna* 3(45): 69–96.

DOI: 10.19195/prt.2022.3.3

Author: Teresa Fazan

Title: Coercion, denial, futility. On infertility and childlessness in capitalism

Abstract: According to WHO guidelines, infertility is a global health issue influenced by environmental and lifestyle factors, which makes it a contemporary disease of civilization. Consequently, it can be considered a disease of capitalism: first, within a biopolitical economy rendering humans tools of biological and social reproduction, infertility comes to the fore as a dysfunctional state; second, it is a planned or accidental consequence of living in an industrialized and polluted environment. In the article, I look at the consequences of defining infertility as a disease. By employing the difference between notions of impairment and disability as proposed by disability studies researchers, I trace the complex relationship between infertility and childlessness. While employing the theory of social reproduction's findings and the notion of stratified reproduction, I criticize the analysis of the medicalization of infertility suggested by liberal feminism. I propose that infertility is an inherent element of the system of capital-controlled spheres of social reproduction that, along with mechanisms of heteronormativity, sexualization, and racialization, facilitates or hinders the biological and social reproduction of specific groups. Recalling the Polish context, I look at the ways in which capitalism and the conservative-liberal state co-create pro-family narratives. As I show, those narratives serve the reproduction of workers for capital and citizens for the nation-state, rather

than providing equitable access to reproductive health.

Keywords: childlessness, disability studies, feminism, infertility, reproduction, social reproduction theory (SRT), stratified reproduction