

## NAZNACZANIE SPOŁECZNE I SAMONAZNACZANIE OSÓB NIEPŁODNYCH

IWONA PRZYBYŁ

ABSTRACT. Przybył Iwona, *Naznaczanie społeczne i samonaznaczanie osób nieplodnych* (The labeling and self-labeling of infertile women and men). *Blaski i cienie życia rodzinnego. Roczniki Socjologii Rodziny*, XV, Poznań 2003. Adam Mickiewicz University Press, pp. 47-61. ISBN 83-232-1321-6, ISSN 0867-2059. Text in Polish with a summary in English.

Iwona Przybył, Instytut Socjologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza (Institute of Sociology Adam Mickiewicz University), ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, Poland.

### WPROWADZENIE

Nieplodność przekształca się stopniowo z niezauważalnego zjawiska czy prywatnej troski w kwestię społeczną. Osobiste trudności z prokreacją zaczynają być „problemem publicznym”, czyli problemem społecznym, który w przestrzeni publicznej jest kontrowersyjny (Miall 1994:392). Jest to spowodowane traktowaniem nieplodności jako problemu, który wymaga zaawansowanego technologicznie leczenia klinicznego. Fakt intensywnego rozwoju różnych technik sztucznej reprodukcji implikuje stawianie ocen i etyczne pytania między innymi o naturę biologicznego rodzicielstwa, o prawa i odpowiedzialność dawców gamet oraz o prawną własność embrionów „produkowanych” w trakcie procesów technologicznych (ibidem).

Jeszcze czterdzieści lat temu nieplodność nie była tematem rozważań i dyskusji, nawet wśród lekarzy (Balasch 2000:251). Przez ostatnie 20 lat problem nieplodności stał się bardziej wyraźny, na co wpłynęło kilka czynników. Po pierwsze – zwiększył się odsetek nieplodnych kobiet w populacji, po drugie – coraz więcej małżeństw poszukuje pomocy lekarskiej (jakkolwiek nie powinno to być interpretowane jako zwiększenie się odsetka nieplodnych par w społeczeństwie). Poza tym coraz więcej kobiet odkłada macierzyństwo w czasie, co także skutkuje trudnościami z poczęciem dziecka. Przyjmuje się, że około 20-25% małżeństw jest nieplodnych. Oznacza to, że co piąta para małżeńska ma trudności z poczęciem

(Skrzypczak, Jędrzejczyk, Kurpisz, Szymanowski 1977:98). Niepłodność została uznana przez Światową Organizację Zdrowia za chorobę społeczną, która dotyka zarówno kobiety, jak i mężczyzn (ibidem:598). Warto nadmienić, że prognozy na rok 2030 zakładają, że ogólna liczba gospodarstw domowych bez dzieci (wraz z małżeństwami w fazie postparentalnej) wzrośnie z 7 969 000 obecnie do 11 916 700. Natomiast przeciętna liczba dzieci w gospodarstwie domowym spadnie z 0,687 do 0,418.

Niepłodność jest to stan, który wynika z nieprawidłowości mechanizmów warunkujących zapłodnienie i zagnieżdżenie komórki jajowej. W pierwszym roku regularnego współżycia płciowego zachodzi w ciążę 50% kobiet, natomiast w drugim i trzecim roku odpowiednio 20 i 10%. Oznacza to, że niepłodność w małżeństwie rozpoznaje się najwcześniej dopiero po dwóch latach normalnego współżycia płciowego. Z punktu widzenia medycyny niepłodność to choroba wymagająca zróżnicowanego leczenia. Kliniczna definicja niepłodności jest bardzo szeroka, a zarazem nieprecyzyjna. Ginekolodzy wyróżniają niepłodność: całkowitą, względną (istnieją przyczyny czasowo powodujące niepłodność, ale dające szansę wyleczenia), wrodzoną, nabytą (poprzez stany zapalne, zakażenia, aborcje), pierwotną (brak ciąży po roku regularnego współżycia bez środków antykoncepcyjnych) i wtórną (niemożność utrzymania ciąży do pożądanego terminu pozwalającego na urodzenie żywego dziecka zdolnego rozwijać się poza organizmem matki – Pisarski [red.] 1991:406-407). Do osób niepłodnych zalicza się zatem osoby leczące się z powodu trudności w poczęciu dziecka oraz osoby, które nie mają żadnych szans na poczęcie. Stosowanie takich definicji powoduje, że wielu małżonków zaliczanych jest do bezpłodnych, co powoduje iluzję zwiększania się odsetka bezpłodnych w społeczeństwie. Wobec powyższego celne jest rozróżnianie niepłodności (stan odwracalny) i bezpłodności (stan trwały, nieodwracalny). Z badań wynika, że personel medyczny rzadko stawia ostateczną diagnozę o absolutnej bezpłodności. Skutkiem tego małżonkowie niepłodni – uczestnicy grup samopomocowych – bardzo często narzekają na trudność, jaką sprawia im podjęcie decyzji o zaprzestaniu leczenia, co jest równoznaczne z zaakceptowaniem statusu osoby bezdzietnej na stałe, czyli bezpłodnej (Miall 1994:420).

Celem artykułu jest próba przedstawienia mechanizmów naznaczania społecznego i samonaznaczania małżonków niepłodnych, a zatem analiza społecznego kontekstu niepłodności.

## KONCEPCJE NAZNACZANIA SPOŁECZNEGO

W każdym społeczeństwie występuje system aksjologiczno-normatywny, zgodnie z którym jego członkowie powinni postępować. To społeczeństwo ustala kategorie i kompleksy cech postrzegane jako normalne i naturalne. To społeczeństwo decyduje o tym, kto zostanie dewiantem. „Filtrująca funkcja społecznej wi-

downi przejawia się przede wszystkim w tym, że ustala ona, jakie zachowania są niepożądane, nieobyczajne, szkodliwe, słowem: zakazane lub nie aprobowane. Margines dowolności jest w tej mierze znaczny, za dewiacyjne bywają bowiem uznawane zachowania wcale nie najgroźniejsze dla bytu zbiorowego” (Siemaszko 1993:284-285).

Z socjologicznego punktu widzenia zarówno bezdzietność z konieczności, a tym bardziej bezdzietność z wyboru jest traktowana w społeczeństwie jako dewiacja, odchylenie od normy, stygmat. Bezdzietność nigdy nie była społecznie aprobowana, co potwierdza również literatura antropologiczna. Przyczyn bezdzietności doszukiwano się w czarach rzuconych z zemsty czy niechęci (Żołądź-Strzelczyk 2002:35). Brak dzieci w małżeństwie traktowano na równi z klątwą, przekleństwem, czasem niepełność utożsamiano z karą za cudzołożenie. Jednakże nie trzeba sięgać daleko w przeszłość, by stwierdzić, że bezdzietność była i jest napiętnowana. Również współczesny dyskurs odzwierciedla negatywnie społeczne konstrukty płodności i niepełności poprzez określenia: „bezowocna praca”, „jałowa gleba”, „nieurodzajny kraj”, pozytywnie natomiast w określeniach typu: „płodny umysł”, „owocne przedsięwzięcie”, „być przy nadziei”. Z badań przeprowadzonych wśród 150 osób przez Charlene Miall (1994:411) w jednym z wielkich kanadyjskich miast wynika, że przekonanie, iż niepełność jest wolą Boga podziela współcześnie dwa razy więcej kobiet (33%) niż mężczyzn (17%).

Według przedstawicieli teorii reakcji społecznej (m.in. Erikson, Becker) dewiantem zostaje się w procesie stygmatyzacji – negatywnej społecznej reakcji na zachowanie jednostki „innej”, różniącej się „czymś” od społecznie przyjętej normalności. Natomiast Erving Goffman w swoich pracach koncentrował się nie tyle na społecznej reakcji na odmiennosc dewiantów, ile na interakcjach osób pod pewnymi względami „upośledzonych”, nietypowych dla społecznej widowni. Goffmana interesowały techniki radzenia sobie z posiadanymi stygmatami oraz sposoby kontrolowania informacji o upośledzonym statusie w sytuacji, kiedy wstydlivych bądź odmiennych cech nie da się już ukryć (Siemaszko 1993:332). Przez stygmat Goffman rozumiał cechy fizyczne, jak i niedoskonałości, słabości, zdarzenia i sytuacje życiowe (tzw. tożsamość rzeczywista), które „są sprzeczne z naszymi stereotypowymi oczekiwaniami co do tego, jaki powinien być dany typ jednostki, a po drugie są uważane w danym środowisku za wyjątkowo dyskredytujące” (tzw. tożsamość oczekiwana – *ibidem*).

Analizując niepełność jako formę dewiacji, warto wykorzystać jeszcze inną płaszczyznę, w której Goffman analizował zagadnienie stygmatów – mianowicie płaszczyznę dyskredytacji. Właściwości, które są natychmiast widoczne, bądź jednostka zakłada, że otoczenie wie o ich istnieniu, to tzw. właściwości zdyskredytowane. Właściwości dyskredytujące „to takie właściwości, co do których jednostka zakłada, że otoczenie w danej chwili nie ma o nich informacji, lub takie, które nie

są widoczne gołym okiem (...). Osoba posiadająca nie ujawniony jeszcze stygmat stoi w obliczu poważnych problemów. Przede wszystkim wynikają one z możliwości kontroli informacji, jaką ma chwilowo osoba posiadająca stygmat.(...) Zagadnienie nie polega na radzeniu sobie z napięciem, które rodzą kontakty społeczne, lecz raczej na kierowaniu informacjami dotyczącymi upośledzenia. Ukazać czy nie ukazać, powiedzieć czy nie powiedzieć, zataić czy nie zataić, skłamać czy nie skłamać, a w każdym wypadku: komu, jak i gdzie” (Siemaszko 1993:334). Jeżeli stygmat jest dla otoczenia niewidoczny jednostka zrobi wszystko, by otoczenie nigdy się o nim nie dowiedziało. Będzie się starać za wszelką cenę spełniać społeczne oczekiwania w stosunku do własnej osoby, by w ten sposób uchronić się przed społecznym napiętnowaniem i odrzuceniem.

Posiadanie społecznie nie tolerowanej cechy może prowadzić do stopniowej zmiany obrazu własnego, do wykształcenia się nowej tożsamości organizowanej wobec faktu dewiacji, a zatem do samonaznaczania, niezależnie od naznaczania dokonywanego bezpośrednio przez otoczenie. Zdaniem E. Pfuħla, aby doszło do samonaznaczania, czyli tzw. naznaczania symbolicznego, „powinny być spełnione trzy warunki: świadomość istnienia reguł, świadomość, że postępuje się w nie aprobowany sposób oraz świadomość, że „tacy” ludzie są nisko oceniani. Jeśli warunki te są spełnione, jednostka naruszająca normę może zacząć etykietować się zgodnie z pejoratywnym znaczeniem, jakie kultura przypisuje danemu zachowaniu. (...) Wydaje się, że samonaznaczanie może mieć miejsce w przypadkach, w których jednostka ma świadomość, że jej cechy lub właściwości są »gorsze«, brzydkie, inne, dyskredytujące” (ibidem:342). Posiadanie „takiej” cechy prowadzi niejednokrotnie do zaistnienia u takich osób poczucia małej wartości, powstawania kompleksów i zmian w samoocenie, nawet wówczas gdy otoczenie nie wie o określonym defekcie. Mimo że nie doświadczają dyskryminacji ze strony otoczenia i nie są publicznie uznawani za dewiantów, to świadomość posiadania społecznie nieakceptowanej cechy sprawia, że jest ona centralnym faktem w ich życiu.

Zdaniem B. Pawlicy mechanizmy naznaczania społecznego i samonaznaczanie mogą występować w sposób niezależny od siebie (w sposób izolowany) lub pojawiać się jednocześnie. B. Pawlica zwraca uwagę na to, że „zaniżona samoocena jednostki może być traktowana jako przyczyna samonaznaczania i naznaczania społecznego, a nie skutek tych procesów. (...) Jakaś cecha jednostki powoduje naznaczenie człowieka określonym piętnem przez społeczną widownię. Naznaczenie to prowadzi do obniżenia samooceny naznaczonego bądź powoduje, że sam dokona procesu samonaznaczenia. Zaniżona samoocena prowadzi do samonaznaczania, ponieważ osoby te są wyczulone na opinię społecznej widowni, która nie zawsze dokonuje takich ocen w sposób świadomy. Chociaż społeczna widownia nie dokona etykietowania, samonaznaczający siebie oceny społecznej widowni interpretuje w kategoriach procesu naznaczania” (Pawlica 2001:65-66).

## SPOŁECZNE POJMOWANIE RODZICIELSTWA

Przechodząc do analizy społecznego kontekstu niepłodności, należy podkreślić fakt, że status kobiety jest nadal określany przede wszystkim w terminach odnoszących się do życia rodzinnego. Macierzyństwo jest ważnym elementem postrzegania siebie przez kobietę zamężną, jest jednym z elementów składających się na jej rolę kobiecą (Miall 1989) oraz identyfikację z własną płcią (Colpin i in. 1998). Zgodnie z tradycyjną obyczajowością uznaje się tylko jeden rodzaj roli kobiecej, tylko jeden sposób jej realizowania się w życiu – bycie matką i żoną. Kobietę, która realizuje się zawodowo zamiast opiekować się domem i rodziną opinia publiczna lekceważy jako „starą pannę” i uznaje za zasługującą na litość, gdyż brakuje jej ciepła domowego ogniska. Kobietę, która zdecydowała się sama wychować dziecko, na ogół uważa się za nieudacznicę lub źle się prowadzącą „pannę z dzieckiem” (Walczevska 1995:246). Rodzenia dzieci oczekuje się od wszystkich zamężnych kobiet, a bezpłodność traktowana jest jako tragedia, porażka, kryzys (Miall 1986, 1994). Dziecko jest wyrazem miłości małżeńskiej, dlatego jego brak może być odbierany jako dowód miłości niepełnowartościowej, bezowocnej, niestabilnej i pozbawionej silnych podstaw (Łepecka-Klusek i in. 1988).

Macierzyństwo uważane jest za główną cechę normalnej kobiety, co oznacza, że „kobiety pragnące uchodzić za normalne (w domyśle: wszystkie kobiety) podlegają obowiązkowi bycia matką, czyli »nakazowi macierzyństwa«” (Budrowska 2000:14). Jak pisze z ironią S. Macintyre „ciąża to nie tylko stan całkowicie normalny, ale stan szczególnie pożądaný z punktu widzenia fizjologii, psychologii i społecznej roli kobiety. (...) Od momentu ślubu każda para bez względu na racje, dla których się pobrała, staje się przedmiotem silnej presji rozrodczej” (Macintyre 1982:194-197).

Macierzyństwo stało się „nakazem” za sprawą wielu instytucji społecznych i kulturowych, gdyż społeczeństwo poszukuje środków i sposobów, dzięki którym zostaje zachowany ogólnie ustalony porządek. Ład społeczny wynika nie tylko z internalizacji norm przez członków społeczeństwa, ale też stąd, że wartości i normy danej kultury podlegają instytucjonalizacji – podstawowemu mechanizmowi kontroli społecznej.

Niewątpliwie specyficzny dla realiów polskich jest wpływ instytucji Kościoła katolickiego. Źródeł nakazu macierzyństwa w naszej kulturze należy szukać w chrześcijańskiej nauce o prokreacji. Ramy artykułu i postawiony problem nie wymagają szczegółowej prezentacji religijnego wymiaru macierzyństwa, warto natomiast zwrócić uwagę na „skutki społeczne”, jakie pociągał za sobą, zwłaszcza dla małżonków bezdzietnych. Św. Augustyn wyróżniał w małżeństwie trzy dobra: proles, fides i sacramentum, czyli potomstwo, wierność i nierozzerwalność (Flandrin 1998:210). Cele małżeństwa regulowały zarządzenia kościelne – statut synodalny z 1423 roku stwierdzał, że posiadanie potomstwa jest celem i obowiązkiem małżonków (Tyszkiewicz 1983:164). Dziecko stanowiło naturalne przedłużenie rodu,

a pozycja kobiety w rodzinie zależna była od posiadania potomstwa. „W zasadzie katolicy widzieli tylko dwa stany, w których mężczyzna może na tym świecie osiągnąć zbawienie: stan małżeński i stan duchowny. (...) Zadaniem pierwszego jest przedłużanie gatunku, biologiczne rozmnażanie, drugiego zaś – rozmnażanie chrześcijan przez nauczanie, kształcenie religijne” (ibidem). Dziecko było traktowane jako błogosławieństwo, a bezdzietność jako rodzaj kary. Ponieważ nie znano szczegółów ani narządów w procesie przekazywania życia i ponieważ stwierdzano, że stosunki płciowe nie zawsze są płodne, wierzono, że poczęcie zależy od woli Boga. „Rodzice jednocząc się dawali materię przyszłemu dziecku, ale to sam Bóg decydował, czy z materii nasienia uczynić dziecko, czy nie, a w każdym razie to Bóg tchnął duszę w określonym momencie ciąży. Zresztą małżonkowie, którzy latami daremnie oczekiwali poczęcia, nie mogli w to wątpić (...). Bóg zsyłał dzieci komu chciał, w takiej liczbie jak chciał, a małżonkowie na ogół nie wyobrażali sobie, że od nich samych mogłoby zależeć zwiększenie lub zmniejszenie płodności” (Flan-drin 1998:216).

W ciekawej pracy poświęconej problematyce dziejów dzieciństwa i sytuacji dziecka w Polsce, D. Żołądz-Strzelczyk przytacza wiele opisów starań małżonków bezdzietnych w dążeniu do rodzicielstwa, zawartych w polskich dokumentach historycznych (autorstwa m.in. Galla Anonima i Jana Długosza). Bezpłodności obawiali się zarówno panujący, najbogatsi, jak i przedstawiciele innych grup społecznych. Jedni obawiali się wygaśnięcia rodu, drudzy braku rąk do pracy i pomocy w handlu, rzemiośle czy uprawie ziemi. Charakterystyczne w przytaczanych przez autorkę opisach są skargi kobiet świadczące o braku akceptacji społecznej dla osób bezpłodnych, od których odwracają się nawet najbliżsi. Pewna szlachcianka, niepłodna od 20 lat, przybyła z pielgrzymką do św. Jacka i płacząc skarżyła się: „*Oj-cze Jacku, co mam robić, mój mąż i wszyscy krewni gardzą mną, bo jestem niepłodna i nie mam dziedzica licznych dóbr. Błagam ciebie, wstaw się za mną, grzesznicą u Najwyższego, bo wiem i mocno wierzę, że o cokolwiek Go poprosisz, otrzymasz*” (cyt. za Żołądz-Strzelczyk 2002:30). Bezpłodność była traktowana jako hańba. W rodzinach panujących nie wystarczyło mieć córki, dopiero syn – następca ją zmazywał. „Kazimierz Wielki miał kilka córek z trzech małżeństw, ale ciągle ciążył nad nim jak hańba brak syna i następcy” (ibidem).

Bezdzietność mogła być również przyczyną tragedii. Jak pisze Długosz, Ludgarda została „*uduszona przez własnych domowników i służbę, i mimo iż jej małżonek książę Przemysł opłakiwał ją i urządził jej uroczysty, książęcy pogrzeb, ponieważ jednak była bezpłodna, podejrzewano go, że z powodu jej bezpłodności i z pragnienia męskiego potomka i następcy nastąpi pewne osoby dla jej uśmiercenia*” (ibidem:34).

W przypadku braku potomstwa zarówno mąż, jak i żona mogli wystąpić o rozwód, zarzucając sobie bezpłodność lub impotencję. „Mąż zarzucający kobiecie bezpłodność uzyskiwał wyrok, że jeżeli żona przez 3 lata nie urodzi dziecka, to uzyska separację. Bezdzietność miała wymiar nie tylko rodzinny, osobisty, ale

i szerszy – prawo ziemskie wprowadzało ograniczenie np. w swobodzie dysponowania majątkiem. Do 1511 roku bezdzietni mogli niezależnie od woli krewnych-spadkobierców dysponować tylko 1/3 (tzw. trzeczną) dóbr nieruchomości” (ibidem: 33).

Mimo upływu czasu i przemian w świadomości społecznej, w omawianej kwestii niewiele się zmieniło – z wielu przyczyn również dzisiaj małżonkowie bezdzietni nie znajdują oparcia w kulturze. Bezdzietność nadal jest oznaką nienormalności, dlatego jest potencjalnie piętnowana. „Współczesna kobieta jest zdeterminowana przez swoje macierzyństwo do tego stopnia, że nie widzi ona dla siebie innych możliwości społecznych i nie jest w stanie wpłynąć sama na zmianę atmosfery wokół idei macierzyństwa” (cyt. za Budrowska 2000:84). Uznanie społeczne jest silnym instrumentem społecznej kontroli. Niestety, uznanie to jest ograniczone do tych, co mogą mieć dzieci i mają je w modelowej liczbie (dwoje), wycofywane jest natomiast wobec tych, którzy mają ich więcej lub nie mogą ich mieć (Kornas-Biela 1999:216). Wyniki badań D. Duch-Krzystoszek przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie dorosłej ludności Polski w wieku 18-49 lat wskazują, że dziecko pozostaje bardzo ważnym atrybutem związków małżeńskich, „dla 2/3 (badanych osób) dziecko jest najważniejszą lub ważną dobrą stroną małżeństwa (...), a dla co dziesiątej sytuacja niemożności posiadania w związku dzieci jest wystarczającym powodem do rozwodu” (Duch-Krzystoszek 1997:161).

Społeczne pojmowanie rodzicielstwa polega na traktowaniu go jako moralnego obowiązku człowieka. Ponad 46% badanych przez D. Duch-Krzystoszek osób podzielało pogląd, że „rodzenie dzieci jest obowiązkiem”, a 16,1% nie miało w tej kwestii zdecydowanej opinii, co w opinii cytowanej autorki można „potraktować jako wskaźnik wysokiej niechęci społeczeństwa polskiego do planowanej bezdzietności i »uchylania się« od rodzicielstwa” (ibidem:156). Ankietowani traktujący rodzicielstwo w kategoriach przymusu uważają, że „osoby, które nie chcą potomstwa są pozbawione instynktu rodzicielskiego, a więc swoiście ułomne” (ibidem:157). Dobrowolna bezdzietność jest charakteryzowana jako niemoralna, egoistyczna, a nawet jako potencjalna przyczyna rozpadu związku. Warto w tym miejscu podkreślić, że zobowiązanie do rodzicielstwa, silne akcentowanie konieczności realizacji przez kobietę powołania macierzyńskiego nie jest zjawiskiem specyficznym dla Polski (Budrowska 2000:175). Jak zauważył Veevers, normy odnoszące się do rodzicielstwa nie zmieniają się w zależności od rasy, religii, pochodzenia etnicznego, klasowego ani preferencji seksualnych (cyt. za Miall 1994:394).

## MECHANIZMY NAZNACZANIA SPOŁECZNEGO OSÓB NIEPŁODNYCH

Jednym z mechanizmów, za pomocą którego społeczna widownia stara się „zmusić” jednostkę do tego, by zaczęła grać swoją dewiacyjną rolę jest stereotypizacja. Stereotypy odgrywają ważną rolę w organizowaniu doświadczenia ludzkiego.

Przekazywane społecznie stereotypy stanowią odzwierciedlenie norm społecznych – ogólnie przyjętych sposobów myślenia, odczuwania i zachowywania się, co do których ludzie należący do danej grupy zgadzają się, uważając za właściwe i słuszne (Macrae, Stangor, Hewstone 1999:60). Stereotypy „spełniają ważne funkcje psychospołeczne: oszczędzają wysiłku umysłowego, integrują z własną grupą społeczną, pozwalają uzyskać aprobatę społeczną i pozornie zaspokajają potrzebę rozumienia otaczającej człowieka rzeczywistości” (Reszke 1995:85). Stereotyp oddziałuje także w ten sposób, że bezwyjątkowo narzuca wszystkim członkom danej społeczności tylko jeden możliwy wzorzec działań i zachowań – brak swobody w indywidualnym kształtowaniu swego życia, konieczność podporządkowywania się powszechnie obowiązującym wzorcom, lansowanym i podtrzymywanym przez instytucje, środki masowego przekazu, a także najbliższe otoczenie jednostki (Budrowska 2000:212).

Korzenie stereotypów tkwią w niewiedzy. Im większy jest dystans społeczny między nami a daną kategorią osób, tym większe jest prawdopodobieństwo, że nasz wizerunek będzie stereotypowy. Jedną z konsekwencji stereotypów jest to, że oczekujemy od dewiantów postępowania zgodnego z naszymi, często mylnymi wyobrażeniami wobec nich. „Stereotypy dewiacyjne funkcjonują w przestrzeni kulturowej, dając podstawę do określonych oczekiwań w sytuacjach, w których przychodzi nam zetknąć się osobiście z dewiantem” (Siemaszko 1993:350). Zdaniem E. Pfuha stereotypy dewiacyjne mają następujące konsekwencje:

- są traktowane jako rzeczywiste zestawy cech lub zachowań poszczególnych dewiantów lub ich kategorii;

- skutkiem stereotypów dewiacyjnych jest tendencja do oczekiwania „złego zachowania” od dewianta;

- w rezultacie istnienia stereotypów dochodzi do odrzucenia przez społeczną widownię osób odpowiadających stereotypom dewiacyjnym;

- stereotypy stanowią podstawę do prowadzenia selekcji jednostek, które mają być formalnie naznaczone piętnem dewiacyjnym (ibidem:351-352).

Z przeprowadzonych przeze mnie w 2001 roku badań ankietowych (na próbie 135 osób z wykształceniem średnim i wyższym), poświęconych opiniom na temat bezdzietności wynika, że w świadomości badanych osób bezdzietność najczęściej (66,7%) kojarzona jest z niepłodnością, opisywaną jako „pustka”, „niespełnienie”, „cierpienie”. Potwierdza to tezę, że brak dziecka w małżeństwie jest jedynym widzialnym przez społeczeństwo znakiem niepłodności (Kalus 1999:205). Bezpłodne kobiety postrzegane są jako nieszczęśliwe, niespełnione, cierpiące, z kompleksem – przez 71,1% badanych osób. Przykładem mogą być wypowiedzi: „*jest nieszczęśliwa, nie znajdzie samospełnienia w życiu*”, „*czuje się gorsza od tych, które mogą mieć dzieci, zazdrości im*”, „*życiowa tragedia*”, „*jest uparta, zgryźliwa*”. W odpowiedziach osób ankietowanych często powtarzały się słowa współczucia dla kobiet niepłodnych, a także próby rekonstrukcji nastawienia społeczeństwa wobec nich. Wyrażało się to w wypowiedziach: „*jest często obwiniana*”, „*jest narażona na*

wiele przykrości ze strony społeczeństwa”, „jest zmuszana do czucia się gorszą”. Tylko 20% ankietowanych nie używało pejoratywnych określeń, podkreślając, że kobiety niepełodne mogą mieć inne cele niż potomstwo, są tak samo wartościowe jak kobiety płodne.

Opinie osób ankietowanych na temat bezpłodnych mężczyzn nie odbiegają od przedstawionych powyżej. Opinie negatywne, stygmatyzujące bezpłodnych mężczyzn wyraziło 61,5% ankietowanych, a więc mniej niż w przypadku opinii o bezpłodnych kobietach. Egzemplifikacją są wypowiedzi: bezpłodny mężczyzna „*jest jak roślina bez korzenia*”, „*nie jest do końca mężczyzną*”, „*nie czuje się zrealizowany, bo być mężczyzną to między innymi splotzić syna*”. Najczęściej powtarzające się określenia, które ankietowanym kojarzyły się z niepełnym mężczyzną, to: nieszczęście, niespełnienie, brak męskości, niedowartościowanie, poczucie winy. Ponad 27% ankietowanych wyraziło opinię, że niepełny mężczyzna jest tak samo wartościowy jak ojciec. Nieliczni stwierdzili, że bezpłodny mężczyzna „*jest bardziej akceptowany przez społeczeństwo, wina przerzucana jest na kobietę*”, „*rzadziej jest z tego powodu nieszczęśliwy niż kobieta*”, „*znajduje się w lepszej sytuacji niż kobieta*”.

Uzyskane wyniki potwierdzają dane uzyskane przez C. Miall, że kobiety są częściej obarczane odpowiedzialnością za niemożność poczęcia dziecka, niemniej niepełni mężczyźni są bardziej niż niepełne kobiety napiętnowani społecznie (Miall 1994:398-400). Przeprowadzone przeze mnie badania pozwalają stwierdzić, że nie zaznaczają się istotne różnice w postrzeganiu bezpłodnych kobiet i mężczyzn ani w zależności od płci ankietowanych, ani od osobistej znajomości osób niepełnych (Przybył 2002). Natomiast w cytowanych wcześniej badaniach płeć (męska), poziom wykształcenia (niski) oraz posiadanie dzieci były zmiennymi, które w sposób statystycznie istotny wpływały na stygmatyzowanie osób niepełnych (Miall 1994:412).

Nie trzeba być osobą niepełną, aby wiedzieć z jakimi negatywnymi reakcjami te osoby mogą się spotkać. Nie trzeba być bezdzietnym, żeby wiedzieć, że brak dziecka w małżeństwie jest sprzeczny z powszechnie akceptowanymi normami zachowania. Małżonkowie bezdzietni doskonale zdają sobie sprawę z funkcjonujących w przestrzeni kulturowej dewiacyjnych etykietek przyczepianych niepełnym. Nawet jeżeli sama kobieta jest płodna, to w sytuacji bezpłodności męża projektuje wizję negatywnej oceny siebie przez otoczenie (Kornas-Biela 1999:216). Wynika to z istnienia zjawiska, które A. Siemaszko określił jako „abstrakcyjną i zgeneralizowaną reakcję społeczną” (Siemaszko 1993:342). Znajomość norm i stereotypów wpływa na fakt, że niepełność jest negatywnie oceniana przez samych małżonków nawet wówczas, gdy nie doświadczali wcześniej i nie doświadczają bezpośrednio etykietowania i reakcji społecznej.

Napiętnowanie niepełności następuje nie tylko za pomocą społecznej oceny, której jest poddawana, ale także poprzez presję, by zostać rodzicami, jakiej małżonkowie są bezpośrednio poddawani przez swoje najbliższe otoczenie: krewnych, przyjaciół, lekarzy, znajomych. Socjologowie dowodzą, że wsparcie najbliższego otoczenia małżonków niepełnych i bezpłodnych mogłoby działać jak mechanizm

buforowy, łagodzący stres (Miall 1994:400). Rzeczywistość jest inna. Wśród przebadanych w 2000 r. przez autorkę niniejszego artykułu 140 małżeństw bezdzietnych, ponad 40% par spotkało się w przeszłości lub nadal spotykało z naciskami rodziny, by zostać wreszcie rodzicami (Przybył 2002). Wskaźnikiem wywierania nacisku na małżonków jest częste zadawanie pytań, np.: „*kiedy wreszcie będziecie mieli dziecko?*”, wygłaszanie piętnujących opinii: „*już czas na dziecko*”, „*spróbuj z moim mężem*” lub aluzji ze strony rodzin pochodzenia: „*ja się chyba nie doczekam (wnuka)*”.

Częściej stroną naciskającą byli rodzice męża (w 70,2% przypadków). Rodzice żony wywierali presję rozrodczą na partnerów w 52,6% małżeństw, natomiast rodzicielstwo i znajomi tylko w 6 przypadkach, co stanowi 4,3% badanej populacji. Na wielu badanych małżonków naciski płynęły z kilku stron. Mimo że próba badawcza była niewielka, uzyskane dane zdają się potwierdzać fakt, że najbardziej na ciągłości rodziny, kontynuowaniu nazwiska i tradycji oraz posiadaniu spadkobiercy zależy rodzinie pochodzenia męża. Rodzice przeceniający więzy krwi, nakłaniający małżonków do prokreacji są pochodzenia robotniczego i chłopskiego, co ma z kolei związek z częściej podzielaną przez te kategorie społeczne tradycyjną wizją rodziny. Małżeństwa poddawane presji rozrodczej to zarówno pary z krótkim, jak i wieloletnim stażem małżeńskim. Najczęściej doświadczają tego partnerzy z trzy-, cztero- i pięcioletnim stażem małżeńskim, choć małżonkowie będący nawet dziewięć lat po ślubie nadal spotykają się ze wspomnianymi wcześniej reakcjami rodziny. Presji ze strony otoczenia doświadczają mężatki w różnym wieku – od 22-letnich do 40-letnich, jakkolwiek w późniejszym wieku naciski bliskich krewnych dotyczą raczej zaadoptowania dziecka. Nawet od małżeństw bezpłodnych, które zakończyły leczenie, otoczenie nadal oczekuje działań mających na celu „zostanie rodzicem”.

Warto zaznaczyć, że również partnerzy małżonków niepłodnych naciskają na nich w kierunku posiadania dziecka. Należy przy tym zaznaczyć, że presja, jaką wywiera mąż lub żona nie musi być wyrażana słownie. Wystarczy, że się czuje, iż partnerowi bardzo na tym zależy, że jest z tego powodu bardzo nieszczęśliwy. Wtedy osoba taka stara się skompensować niedoskonałość małżonka poprzez wzięcie na siebie odpowiedzialności za usunięcie skutków bezpłodności i za dalszy los prokreacji.

## MECHANIZMY SAMONAZNACZANIA

Zgodnie z założeniami teorii reakcji społecznej konsekwencją stygmatyzacji jest zmiana obrazu własnej osoby, którą zaetykietowano. Sprzeciwianie się naznaczaniu nic nie pomaga, a wręcz przeciwnie, powoduje nasilenie procesu etykietowania, przez co osoba taka godzi się ze swym losem i akceptuje siebie jako dewianta. Zatem konsekwencją naznaczania społecznego może być naznaczanie symboliczne (samonaznaczanie) osób niepłodnych. Dowodem na samonaznaczanie jest indywidualne doświadczanie niepłodności – będące efektem stygmatyzacji. Dla badanych przez L. Remennick kobiet, „bycie osobą niepłodną” stało się najważniej-

szym składnikiem tożsamości – rolą, która przyćmiła w ich mniemaniu wszystkie zalety i dotychczasowe osiągnięcia (Remennick 2000:821-841). Wyniki badań przeprowadzanych przez psychologów, socjologów i lekarzy są jednoznaczne – niepłodność przeżywana jest jako cios, wiąże się z poczuciem wstydu, winy, izolacji, zawodu, bólu, straty (Miall 1986; Pengelly, Inglis, Cudmore 1995; Whiteford, Gonzales 1995). Większość z przebadanych przez C. Miall kobiet, opisywała swoją **niepłodność jako cechę piętnującą, przynoszącą wstyd** (podkreślenie I. P. – Miall 1994). Z kolei badane przez M. Ulrich i A. Weatherall kobiety nazywały swoje doświadczanie niepłodności „zniweczeniem życiowych planów, z którym łączy się poczucie »niezdadności«, winy, defektu” (Ulrich, Weatherall 2000:323-336). Należy tu szczególnie podkreślić, że właśnie wstyd i poczucie winy u osób niepłodnych są podstawowymi motywami poszukiwania przez nich pomocy lekarskiej (Schilling, Conrad, Haidl, Liedke 2000).

Z badań nad parami decydującymi się na zabieg sztucznego zapłodnienia wynika, że „bezpłodność męska działa bardziej destrukcyjnie na poczucie męskości niż bezpłodność żeńska na poczucie kobiecości” (Kornas-Biela 1999:222). Mężczyznom trudniej zaakceptować brak płodności niż brak dziecka, dlatego łatwiej „radzą sobie” z bezpłodnością żony niż swoją. „W sytuacji bezpłodności żony mąż współprzeżywa z nią problem lub odchodzi do innej, płodnej kobiety; w sytuacji bezpłodności męża natomiast kobieta czuje się nie tylko bezdzietna, ale i bezpłodna, gdyż on jej nie zapłodnił (...). Mamy tu do czynienia z przyjęciem przez kobietę stygmatu bezpłodności »przez grzeczność« dla swojego męża, (...) przez solidarność z mężem” (ibidem).

Badania empiryczne przeprowadzane wśród osób niepłodnych kończą się konkluzją, że sytuacja udaremnienia rodzicielstwa biologicznego powoduje długotrwałe następstwa psychiczne. Jeżeli niezaspokojonych w naturalny sposób uczu macierzyńskich nie da się całkowicie wyprzeć, mogą się one przeobrazić w myślowe natręctwa, doprowadzić do silnej depresji lub neurotycznych objawów stłumienia (Van de Velde 1993:85-86). Kobiety niepłodne mają naruszony obraz własnej osoby i poczucie mniejszej wartości, osłabione zainteresowanie ludźmi i ich sprawami. Stwierdzono u nich niepewność i tłumienie reakcji uczuciowych, wewnętrzne skrępowanie, trudności koncentracji, ostrożność oraz wyższy poziom lęku (Ziemska 1973:141, Edelman, Connolly 1996:113-119).

## SPOSOBY RADZENIA SOBIE OSÓB NIEPŁODNYCH Z NAZNACZANIEM

Jak już wspomniano, właściwości, co do których jednostka zakłada, że otoczenie w danej chwili nie ma o nich informacji lub takie, które nie są widoczne gołym okiem to tzw. właściwości dyskredytujące. W przypadku osób niepłodnych problem polega na radzeniu sobie z napięciem, które nie pojawia się na skutek kontaktów społecznych, ale w wyniku faktycznych lub projektowanych społecznych nacisków

(na skutek znajomości abstrakcyjnej i zgeneralizowanej reakcji społecznej), by mieć dziecko. Należy zatem omówić sposoby radzenia sobie z naznaczaniem społecznym i samonaznaczaniem osób nieplodnych.

Jednym z poważnych problemów jest dla osób nieplodnych sposób ujawnienia (czy, kiedy, komu i na ile) swojej „wstydlivej”, „ułomnej”, dyskredytującej cechy, dlatego unikają „zdemaskowania” poprzez manipulowanie informacjami o sobie: albo selektywnie ujawniają własne problemy zdrowotne, albo skrzętnie je skrywają (Miall 1994, Remennick 2000).

Kolejnym sposobem na radzenie sobie ze stygmatem nieplodności jest wykorzystywanie możliwości współczesnej medycyny i poddanie się procedurom wspomaganej prokreacji, by udowodnić zdolność do posiadania dzieci. „Ze względu na biopsychiczne potrzeby związane z macierzyństwem, kobiecie trudniej niż mężczyźnie pogodzić się z bezdzietnością, dlatego jest bardziej zdeterminowana do szukania wszelkich możliwych sposobów poradzenia sobie z nią” (Kornas-Biela 1999:217). Wielu małżonków, poprzez kontynuowanie uciążliwego, bolesnego i długoterminowego leczenia nieplodności – bez względu na jakiegokolwiek koszty – potwierdza tym samym, że całkowicie zinternalizowało kulturę pronatalistyczną.

Z badań przeprowadzonych w Klinice Rozrodczości i Andrologii w Lublinie na próbie 224 bezdzietnych par wynika prawidłowość, że jeżeli kobieta chce mieć dziecko, ale mąż się nie zgadza i nie akceptuje unasiennienia, to pozostają bezdzietni. Jeżeli natomiast mąż bardzo chce mieć dziecko, a kobieta odnosi się do tego z niechęcią, to albo zmienia zdanie i w atmosferze psychologicznego przymusu decyduje się na sztuczne zapłodnienie, albo mąż odchodzi do innej, płodnej kobiety. Pomimo tego, że „kobiety oceniają negatywnie wpływ procedur sztucznego zapłodnienia na ich stan emocjonalny oraz na ich zdrowie fizyczne jako większy niż ich mężowie, to jednak są bardziej zdecydowane podjąć ryzyko (dalszego leczenia – I. P.), gdyż odczuwają silniejszą odpowiedzialność, w związku z tym i determinację w osiągnięciu powodzenia wspomaganą prokreacją” (ibidem:220). Mężczyźni bezpłodni uwalniają się od dręczącego poczucia, że nie sprawdzili się w realizacji funkcji prokreacyjnej poprzez presję na żonę w kierunku posiadania dziecka. Często kobiety nie zdają sobie sprawy, że kompensują męską niedoskonałość przez wzięcie na siebie odpowiedzialności za usunięcie skutków bezpłodności i za dalszy los prokreacji (ibidem:222).

W przypadku małżonków bezpłodnych, którzy decydują się na adopcję dziecka, strategią radzenia sobie ze stygmatem jest „udawanie” ciąży przez kobietę lub natychmiastowa zmiana miejsca zamieszkania rodziny, tłumaczona „dobrem” dziecka (Kuźlan 1991). Warto podkreślić, że adopcja dziecka, jak również techniki wspomaganą prokreacji, pomagają uniknąć bezdzietności, ale nie leczą bezpłodności, która trwa nadal. A zatem tajemnicę faktu adopcji przed otoczeniem, jak i samym dzieckiem, może być spowodowane chęcią ukrycia zdyskredytowanej właściwości.

Aby nie narażać się na dodatkowy stres związany z posiadaniem dyskredytującej cechy, małżonkowie nieplodni unikają spotkań z kobietami spodziewającymi się

dziecka, a także starają się omijać miejsca, w których gromadzą się dzieci (Miall 1986, 1994). Takie zachowanie można uznać za jeden ze sposobów radzenia sobie z naznaczaniem.

To, że człowiek nie godzi się żyć z piętnem dewianta, zależy w dużej mierze od jego osobowości, poczucia własnej wartości, samooceny, relacji z innymi ludźmi, posiadania grup wsparcia (Pawlica 2001:65). Stygmat bezpłodności jest psychicznie rujnujący przede wszystkim dla niewykształconych kobiet, nie poświęcających się karierze i nie mających innych pozarodzinnych aspiracji (Remennick 2000). Zdaniem L. Remennick stygma, traktowana jako psychologiczna odpowiedź jednostki niepełnej na oczekiwania społeczne, zależy od stopnia indywidualnego konformizmu wobec obowiązujących, dominujących w danej kulturze norm. Cytowana autorka uważa, że stawianie oporu stygmatowi niepełności jest możliwe tylko wtedy, gdy kobieta ośmieli się zakwestionować nakaz macierzyństwa, co w społeczeństwach pronatalistycznych wcale nie jest łatwe. Zdaniem L. Remennick zasoby psychiczne potrzebne do tego, aby przeciwstawić się stygmie niepełności posiadają tylko wysoko wykształcone kobiety, które są w stanie zaakceptować tradycyjnie męskie zaangażowanie i mające bardziej androginiczną tożsamość płciową. Kobiety, które w spełnianiu tradycyjnej roli upatrują jedyny sposób na realizację siebie w świecie przeżywają z powodu niepełności silniejszy niepokój i stres (Remennick 2000).

Na koniec warto wspomnieć o nowatorskiej koncepcji „tożsamości potencjalnej”, zaproponowanej przez amerykańskich socjologów P. Ruggerio i J. Loftus (2000). Po przebadaniu wypowiedzi ponad dwu tysięcy niepełnych kobiet stwierdzili, że często tłumią one, a nawet zaprzeczają swej aktualnej tożsamości osoby prawdopodobnie permanentnie niepełnej (a zatem bezpłodnej). W to miejsce kreują i potwierdzają nową tożsamość – „tożsamość potencjalną” biologicznej matki. Koncepcję tę, jak myślę, można śmiało wykorzystać i zaliczyć do sposobów radzenia sobie z naznaczaniem. Diametralnie zmieniając obraz samego siebie na akceptowany i pożądany społecznie, traci się tym samym właściwość dyskredytującą.

## ZAKOŃCZENIE

Celem artykułu było ukazanie mechanizmów naznaczania społecznego i samonaznaczania osób niepełnych, ich źródeł oraz sposobów radzenia sobie z nimi przez małżonków. W tym celu w znacznej mierze wykorzystano wyniki badań opublikowane w języku angielskim, gdyż jak dotąd nie przeprowadzono reprezentatywnych badań wśród osób niepełnych w Polsce. Niepełność jest doświadczana, zwłaszcza przez kobiety, jako uciążliwość, ból, tragedia nie tyle z powodu możliwych fizycznych dolegliwości, ile z powodu braku społecznej akceptacji dla bezdzietności, a nawet jej napiętnowania. Analiza przyczyn naznaczania społecznego wykazała, że dopóki w społeczeństwie będzie funkcjonować „nakaz macierzyń-

stwa”, dopóty małżonkowie niepełodni będą czuli się „inni”, „gorsi”. W takim ujęciu motywów decyzji o wieloletnim leczeniu, bez liczenia się z jakimikolwiek kosztami, skorzystaniu z jakiejś metody sztucznej prokreacji, trudno będzie uznać za wolne i autonomiczne.

Na koniec należy zaznaczyć, że istnieje konieczność szerszych badań socjologicznego i psychologicznego aspektu niepełodności, między innymi: doświadczania sytuacji niepełodności, wpływu niepełodności na stosunki w małżeństwie, motywów skłaniających do decyzji o poddaniu się wieloletniemu leczeniu oraz sposobów radzenia sobie ze stygmatą niepełodności. Zważywszy na niezaprzeczalny fakt uruchamiania przez osoby niepełodne silnych mechanizmów obronnych, nie pozwalających na przykład na ekspresję negatywnych emocji (Kornas-Biela 1999:218), dotarcie do ich przeżyć i motywów zostaje dla badaczy tych zjawisk zadaniem bardzo trudnym.

#### LITERATURA

- Balasz J. (2000), *Investigation of the infertile couple*, Human Reproduction 11 (15): 251-257
- Budrowska B. (2000), *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*, Wrocław
- Colpin H., de Munter A., Vandemeulebroecke L. (1998), *Parenthood motives in IVF mothers*, Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 19 (1): 19-27
- Duch-Krzyszczek D. (1998), *Małżeństwo, seks, prokreacja. Analiza socjologiczna*, Warszawa
- Edelmann R. J., Connolly K. J. (1996), *Sex role and emotional functioning in infertile couples: some further evidence*, Journal of Reproductive and Infant Psychology, 14, 2: 113-119
- Flandrin J. L. (1998), *Historia rodziny*, Warszawa
- Jones S. C., Hunter M. (1996), *The influence of context and discourse on infertility experience*, Journal of Reproductive and Infant Psychology, 14 (2): 93-111
- Kalus A. (1999), *Upragnione macierzyństwo: doświadczanie sytuacji niepełodności*, (w:) *Oblicza macierzyństwa*, (red.) D. Kornas-Biela, Lublin, 201-212
- Kornas-Biela D. (1999), *Zdobywane macierzyństwo: doświadczenia matek związane ze wspomaganą prokreacją*, (w:) *Oblicza macierzyństwa*, (red.) D. Kornas-Biela, Lublin, 213-240
- Kuźlan I. (1991), *Wielkomięskie małżeństwa z zaadoptowanym dzieckiem*. Nie publikowana praca magisterska napisana w Instytucie Socjologii UAM, Poznań
- Lepecka-Klusek C., Sendecka A., Bokinić M. (1988), *Motywacja par małżeńskich decydujących się na zabieg sztucznego zaplemnienia*, Ginekologia Polska, Suppl.: 83-87
- Macintyre S. (1982), *Kto chce dzieci? Społeczne fabrykowanie instynktów*, (w:) *Nikt nie rodzi się kobietą*, (red.) T. Hołowska, Warszawa, 187-215
- Macrae C. N., Stangor C., Hewstone M. (1999), *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*, Gdańsk
- Miall C. E. (1986), *The stigma of involuntary childlessness*, Social Problems, 33
- Miall C. E. (1989), *Reproductive technology vs. the stigma of involuntary childlessness*, Social Casework, 70 (1): 43-50
- Miall C. E. (1994), *Community constructs of involuntary childlessness: sympathy, stigma and social support*, The Canadian Review of Sociology and Anthropology, 4 (31): 392-421
- Pawlica B. (2001), *Mechanizmy naznaczania społecznego. Socjologiczne studium teoretyczno-empiryczne*, Częstochowa

- Pengelly P., Inglis M., Cudmore L. (1995), *Infertility: couples' experience and the use of counseling in treatment centers*, *Psychodynamic Counseling* 1, 4: 507-524
- Pisarski T. (red. – 1991), *Położnictwo i ginekologia*. Warszawa
- Przybył I. (2002), *Małżeństwa bezdzietne – analiza socjologiczna*. Nie publikowana praca doktorska napisana w Instytucie Socjologii UAM, Poznań
- Remennick L. (2000), *Childless in the land of imperative motherhood: stigma and coping among infertile Israeli women*, *Sex Roles*, 43, 11-12: 821-841
- Reszke I. (1995), *Wobec bezrobocia: opinie, stereotypy*, Warszawa
- Ruggerio P., Loftus J. (2000), *“Don't tell me to just relax!": An identity theory approach to women's infertility*, *American Sociological Association*, asp. Association-Papier
- Schilling G., Conrad R., Haidl G., Liedtke R. (2000), *Unresolved couple conflicts in male infertility*, *Hautarzt* 51 (6): 412-415
- Scratchfield S. A. (1995), *The social construction of infertility: from private matter to social concern*, (w:) *Images of Issues: Typifying Contemporary Social Problems*, Hawtorne, New York, 131-146
- Siemaszko A. (1993), *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*. Warszawa
- Skrzypczak J., Jędrzejczyk P., Kurpisz M., Szymanowski K. (1977), *Niepłodność*, (w:) Z. Słomko (red.), *Ginekologia dla lekarzy i studentów*, Warszawa, 24-45
- Tyszkiewicz J. (1983), *Dziecko w średniowiecznej Polsce: poczęcie, urodzenie, zdrowie niemowlęcia*, (w:) *Wkład starożytności, średniowiecza i renesansu w rozwój nauk medycznych*, Toruń
- Ulrich M., Weatherall A. (2000), *Motherhood and infertility; viewing motherhood through the lens of infertility*, *Feminism and Psychology*, 10, 3: 323-336
- Van de Velde T. H. (1993), *Zniechęcenie w małżeństwie. Jego powstanie i zwalczanie*, Warszawa
- Walczewska S. (1995), *Czy kobietom w Polsce potrzebny jest feminizm?*, (w:) A. Titkow, H. Domański (red.) *Co to znaczy być kobietą w Polsce*, Warszawa, 245-256
- Whiteford L. M., Gonzales L. (1995), *Stigma: the hidden burden of infertility*, *Social Science and Medicine*, 40, 1: 27-36
- Ziemska M. (1973), *Postawy rodzicielskie*, Warszawa
- Żołądź-Strzelczyk D. (2002), *Dziecko w dawnej Polsce*, Poznań

## THE LABELING AND SELF-LABELING OF INFERTILE WOMEN AND MEN

### Summary

This paper explores community constructs of childlessness and how these constructs influence the experience of infertility. The author presents stigma concept within the deviance literature and then the social construction of reproduction as a moral issue and the most important part of marital life in country with strong pronatalist ideology.

The main way of labeling is stereotyping infertile couples and to press childless people to become a parent regardless of any costs. The author analyzes infertility experienced by women and men as guilt, inadequacy, failure and pain treated as self-labeling. The last part of the paper presents the coping strategies including selective disclosure, avoidance of exposure of own hidden disability or create the "potential identity" of a biological parent in the struggle to reject possibly permanent infertile identity. Findings are presented from psychological and sociological literature and the results of the author's study investigating marital roles in a sample of 140 childlessness married couples and from the study exploring attitudes toward infertility among 135 high educated respondents.