

JOHANNE SUNDBY

Om jag inte har barn – är jag kvinna då? Psykosociala aspekter på barnlöshet

*Infertilitet är inget
lyxproblem utan en existentiell kris med psykosociala
konsekvenser, som vi till en viss grad
kan lösa med medicinsk-teknologiska medel, skriver Johanne Sundby. Vi
måste söka mer kunskap om reproduktionen och
om hur infertilitet kan förebyggas. Och kvinnorna måste vara
med och styra detta arbete.*

Ofrivilligt barnlösa kvinnor har alltid varit ett intressant studieobjekt i den post-psykoanalytiska eran. Kvinnliga psykoanalytiskt inriktade teoretiker har engagerat sig i tankar om huruvida psykiska faktorer kan förhindra befruktning och födande. Therese Benedek och Helene Deutsch har i sina analyser kommit fram till att det finns en stor grupp kvinnor som är psykiskt infertila. I och med att man tidigare inte ofta kunde finna orsaken till den uteblivna fruktsamheten hos ett par, blev många kvinnor mer eller mindre korrekt inplacerade i denna kategori.

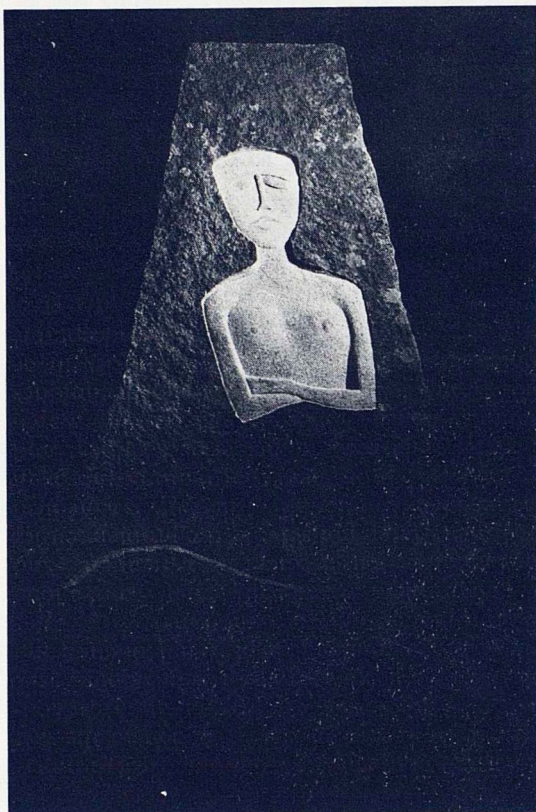
Teorierna gick ut på att infertila kvinnor psykiskt skiljde sig mycket från fertila, och enstaka undersökningar tycktes bevisa detta. Emellertid kan dessa undersökningar kritiseras mycket skarpt från vetenskaplig synpunkt. Urvalskriterier, metoder och kontroller är mycket slumpmässigt valda, och inte minst: man har inte ifrågasatt om de skillnader man funnit är orsak till eller verkan av ofruktsamheten. Men teorierna har i viss mån kvarstått och används än idag.

De infertila kvinnorna kan enligt detta synsätt delas in i två grupper: den ena gruppen är den maskulint orienterade kvinnan som inte accepterar sin egen kvinnlighet och sin roll som potentiell mor. Denna kvinnotyp vill enligt teorin inte reproducera sig, men detta är omedvetet och oacceptabelt

för henne själv. Därför presenterar hon ett infertilitetsproblem som läkaren inte kan lösa kliniskt. Kvinnan motarbetar själv kvinnlighet genom att t ex sträva efter karriär istället för moderskap, och man menar att för dessa kvinnor innebär moderskapet inte någon lösning på problemet. Den andra gruppen är de passiva, osjälvständiga kvinnorna som på ett omoget sätt inte vill bli mödrar, för att de själva inte blivit färdiga med sin egen barnroll. Dessa kvinnor känner rädsla för att bli gravida, kombinerad med en önskan om ett litet beroende barn som kan ge dem bekräftelse.

Hos båda dessa kvinnotyper antas det alltså finnas psykofysiologiska mekanismer som förhindrar graviditet. Emellertid är dessa mekanismer inte närmare definierade. Det som är underförstått är att den "normala" kvinnan är sådan att hon helt och fullt accepterar sin kropp som kvinnlig och moderlig, blir gravid utan problem och njuter av att vara först och främst mor. Kvinnotypen blir därför snävt definierad utifrån den biologiska modersfunktionen.

På senare tid har man kunnat hitta orsaken till infertiliteten hos en mycket större del av de barnlösa, och de som kallats oförklarligt eller psykologiskt infertila har därmed blivit färre. Dessutom har den moderna forskningen gjort att man lärt sig mera om de psykofysiologiska mekanismer som bl a styr ägglossningen. Man har fun-



Barbro Hedström, *Fredstid – Kvinnotid, sten no 1:*
Förhistorisk madonna

nit att stress kan påverka könshormonerna och leda till utebliven ägglossning, oregelbunden menstruation och därför också till infertilitet. Det säger sig självt att orsakssambandet mellan stress och utebliven ägglossning finns att söka inom ett betydligt kortare tidsintervall än de psykoanalytiska teoriernas orsakssamband gör. Men man kan alltså leta efter psykiska orsaksfaktorer även där man funnit kroppsliga sjukdomstillstånd: hos dem med menstruations- och ägglossningsrubbingar.

Det har också forskats betydligt mindre om mannen och hans psykosociala förhållande till nedsatt fertilitet. Underförstått är det kvinnan som har burit huvudansvaret för den sviktande reproduktionen. Utgångspunkten för förståelsen av den infertila kvinnan är därför tämligen skev: hon har på ett sätt själv fått skulden för sin situation. Antingen har hon varit lösaktig och frivol och därigenom dragit på sig en

syndig infektion eller också är hon fientlig till modersrollen och försöker motverka sitt eget moderskap.

Detta har bidragit till att göra infertilitet till ett "hemligt" lidande, något man inte talar högt om och som vilar över en som en skam. Det har också bidragit till att ge många infertila kvinnor andrahandsbehandling i medicinska sammanhang, eller så har medicinen bidragit till att understryka modersmyten genom att man velat ge kvinnan ett barn "till varje pris" – även detta utifrån synen att en barnlös kvinna är mindre värd.

Dagens moderna skandinaviska kvinnor är både "maskulint" orienterade mot jobb och karriär, och dessutom ganska stressade. Många av dem får ändå barn. Många av dem som *inte* får barn utvecklar andra sidor hos sig själva – sidor som mycket väl kan placera dem i den grupp av kvinnor som påstås inte kunna acceptera sin kvinnlighet. Många av dessa kvinnor har ändå en svår tid då konflikten mellan att vilja men inte kunna bli mor är som starkast.

Förlusten av ett barn som aldrig blev till

På senare tid har det kommit en del rapporter, och på sistone även forskning (Möller, 1985) om de infertilas psykologiska problem i anslutning till att de inte kan få barn. Rapporterna är entydiga: att vara infertil är ett betydande psykologiskt trauma. Reaktionen liknar mycket andra förlustreaktioner (vid död, skilsmässa o dyl). Dessutom för infertiliteten med sig konsekvenser för parförhållandet, och krisen är mera långvarig än en normal förlustreaktion. De individuella reaktionerna varierar naturligtvis en hel del, men några drag är gemensamma.

Infertilitet stör den normala könsrollsuppfattningen. När en kvinna och en man börjar leva tillsammans har de nästan alltid medvetet eller omedvetet en bild av sig själva som potentiell mor och far, och försöker sedan leva upp till den bilden genom att bli med barn. Om de då inte får barn blir de tvungna att omkonstruera sin samlivsmoddell, och det kan bjuda svårigheter eftersom

de inte har några goda exempel att ta efter. Ofta kan det finnas skillnader på kvinnans och mannens sätt att uppleva barnlösheten, eller så har de hunnit till olika stadier i bearbetandet av den. Detta kan medföra problem.

Infertilitet kan leda till depressioner och sänkt självförtroende. Man känner att man inte har kontroll över viktiga aspekter av sitt liv. Ofta blir problemen kring infertiliteten och konsekvenserna av den uppförstorade och andra viktiga aspekter av livet kommer i skymundan. Man blir ständigt påmind om sina bristande funktioner genom de månatliga menstruationerna. Många kvinnor får en fientlig hållning till sin kropp och sitt underliv som bara ger dem besvikelser och nekar dem att fungera i pakt med sin biologi. Psykosomatiska reaktioner såsom diffusa magsmärtor, huvudvärk och menstruationssmärter kan dyka upp.

En annan sida av barnlösheten är den nästan ofrånkomliga sexuella frustrationen som följer med den ständiga fokuseringen på underlivet och fortplantningen. Från att ha varit spontant och lustfyllt blir sexuallivet planerat, meningslöst och ospontant. Många par rapporterar om betydligt nedsatt sexuell lust och även funktion under utredningsperioden då de helst borde ha ett optimalt sexualliv. För några återkommer lusten efter en tid, men för andra, speciellt för kvinnor, är det nästan omöjligt att återfå sexuell lust i de organ som har svikit dem så totalt, som de uppfattar det.

Sammantaget upplever de flesta infertila en livsfas präglad av osäkerhet och besvikelser, med delvis stora psykiska problem. De flesta fungerar likväl i vardagslivet och bearbetar sina konflikter under tiden. De kanske löser sitt problem genom att bli gravida till slut, genom att adoptera barn, eller genom att de vänjer sig vid att leva barnlösa.

Den medicinska karusellen Paret som patient

De allra flesta infertila upplever sig förr eller senare som somatiskt funktionshämmade och söker medicinsk hjälp. De söker

då först och främst hos en kroppsläkare med gynekologisk inriktning. Den somatiska lösningen – ett biologiskt eget barn – är det första som kommer på tal. Ibland verkar det som om detta är den enda lösning som den medicinska apparaten kan acceptera. Upp till 50% av paren avslutar dock behandlingen utan att denna lösning nåtts, men det verkar som om patienterna – paren – inte blir särskilt väl förberedda på denna situation. Mycket sällan berörs de andra aspekterna vid infertilitet över huvud taget och alternativa lösningar som adoption nämns ofta inte innan det "bästa" alternativet – graviditet – har uteslutits. Mycket få kliniker har hittills givit sina patienter hjälp med att bearbeta och lösa emotionella konflikter kring barnlöshet, och många gånger nämns dessa problem inte alls. Några kliniker i USA har på senare tid kunnat erbjuda psykologisk terapi till infertila, och där ser man detta som ett viktigt komplement till infertilitetsutredningen.

Många gånger förbigår klinikerna det faktum att funktionshämningen drabbar ett par, och fokuserar på kvinnan som patient, även de gånger då det är sädkvaliteten som är problemet. Symboliskt kan det se ut som om läkaren hjälper kvinnan att uppfylla sin roll som mor, medan faderns roll är sekundär. Exempelvis ges viktig information om undersökningsresultat och utredning till kvinnan när hon ensam konsulterar läkaren och hon får ensam ansvaret för att detta förmedlas vidare till mannen.

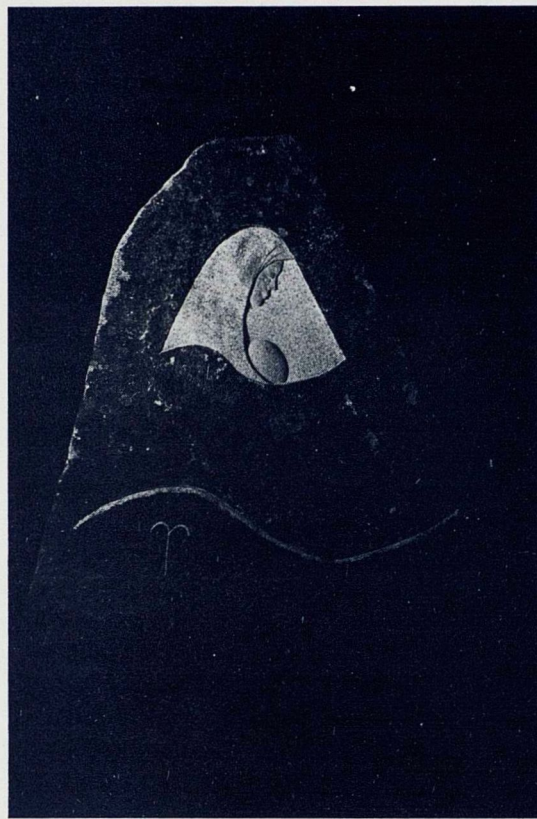
Rent medicinskt kan man se infertilitet som en icke livshotande funktionssvikt i en biologisk organism och behandla den som en somatisk sjukdom. Hälsovården har därför ansvaret att kunna erbjuda behandling för ofrivilligt barnlösa samt att förebygga infertilitet genom hälsovårdsupplysning och medicinsk kunskap. De har också ansvaret för att vidareutveckla metoderna för behandling. Men i och med att behandlingen angår en enhet på två – tre om behandlingen lyckas – har man också ett etiskt/moraliskt ansvar att belysa fortplantningsfunktionen och moder- och faderskapet från en samhällslik aspekt samt också att förmedla information om alternativa

lösningar på det medicinska problemet.

Infertilitet kan infogas i en grupp inte direkt sjukdomsframkallande tillstånd som rör reproduktion. För att dra en parallell, kan man säga att sjukliga tillstånd i hjärta/blodomlopp/matsmältning etc i hög grad medför konsekvenser för individens liv och hälsa medan sjukliga tillstånd i reproduktionsorganen i högre grad drabbar arten. Fortplantningen är en process som kännetecknar allt liv: alltifrån plantor via virus till högstående däggdjur har instinkter som leder till fortplantnings- och reproduktionsbeteende, och fysiologiska processer som ser till att fortplantningsakten leder till avkomma.

Att människans sexuella fortplantningsbeteende inte är i takt med hennes önskan om fortplantning är en erkänd medicinsk problemställning. Den medicinska apparaten hjälper till med att reglera fortplantningen så att människor kan ha ett sexualliv – alltså ren njutning – utan att få barn. Ingen ifrågasätter medicinens plats i detta sammanhang. Aborter, steriliseringar och preventivmedelsrådgivning utgör en stor del av den medicinska vardagen på varje gynekologisk klinik och det utvecklas ständigt nya tekniker och medel att styra vår oönskade över-reproduceringsförmåga med.

Medicinsk teknologi har handlat i samma anda som de moderna kvinnor som själva vill ha kontrollen över sin reproduktion. Att det kan vara en stor psykisk och social belastning att behöva framföda ett oönskat barn är en erkänd del av argumentationen för att ha nått dit vi har idag i Skandinavien: fri abort, fri tillgång till preventivmedel och möjlighet till sterilisering. Ändå verkar det som om de allra flesta önskar att reproducera sig till en viss grad. Man vet inte om det kan finnas ett samband mellan kvinnors önskan att styra reproduktionen och att antalet behandlingssökande infertila stiger. Vad som är säkert är att gränsen mellan att vara tills vidare frivilligt barnlös och senare permanent ofrivilligt barnlös kan vara omärklig. Det kan i alla fall se ut som om de som i en tidig fas av sitt liv inte velat bli gravida är de som senare får

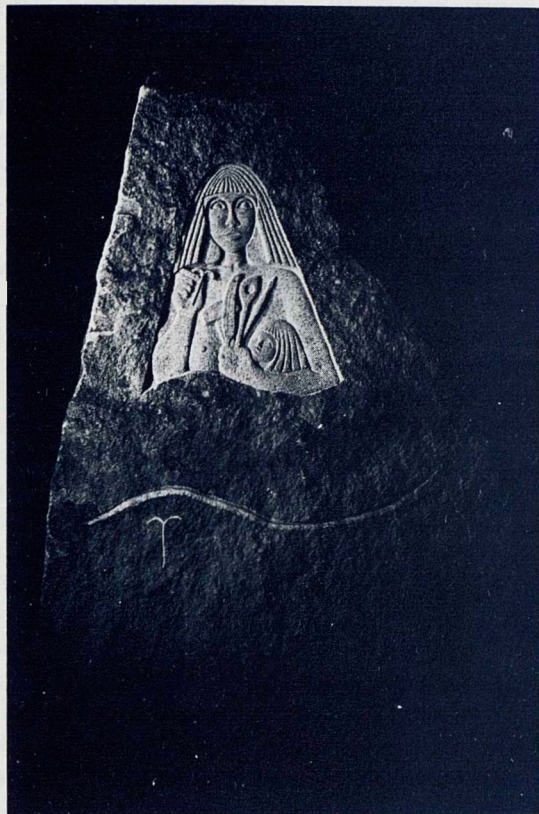


Barbro Hedström, *Fredsti – Kvinnotid, sten no 2: Medeltidsmadonna*

fertilitetsproblem. Detta kan bero på att de haft komplikationer med preventivmedlet (spiral) eller efter en abort; att deras ålder när de försöker bli gravida redan är så hög att den naturliga fertiliteten avtagit, eller att de genom en lång tids sexuell aktivitet utan att ha blivit gravida utsatt sig för fertilitetssänkande faktorer (infektioner m m). Dessa möjliga samband borde utredas närmare med hänsyn till bättre förebyggande åtgärder mot infertilitet.

Det verkar i alla fall som om en stor del av de infertila har en hög grad av fertilitetsmedvetande: de har själva önskat att bestämma när de vill bli gravida och infertilitetstraumat drabbar dem därför extra hårt. De allra flesta infertila har sannolikt varit fertila under en tidigare period av sin levnad, en tid då de inte velat eller haft anledning att pröva sin fertilitet.

För mig leder detta till en naturlig slutsats: Medicinen styr redan fertiliteten, och



*Barbro Hedström, Fredstid – Kvinnotid, sten no 3:
Nutidsmadonna*

om fertiliteten inte fungerar som den skall har medicinen också ett ansvar att hjälpa den att fungera, även med hjälp av modern reproduktionsteknik. Detta är på ett sätt priset vi får betala för att vi inte längre vill föda barn med ett och ett halvt års mellanrum från det att vi är 17 tills vi är 44 år!

Varför barn?

Vi har alltså å ena sidan den biologiska fortplantningsdriften liksom alla andra levande väsen. Å andra sidan har vi den högt utvecklade kulturella människan som har en viss kunskap om och ett medvetet förhållande till sitt reproduktionsbehov. Det stora flertalet ser ut att finna en balans mellan dessa två faktorer som resulterar i ett genomsnittsantal barn på mellan ett och tre per par. Detta är delvis styrt av sociala förhållanden: möjligheter till barnpassning, ekonomi, karriär, bostad etc. Ändå

verkar det som om de allra flesta under en period av sitt liv väljer att leva inom vårt vanligaste sociala nätverk: familjen. Det är denna modell som vi själva vuxit upp med, i och med att våra föräldrar har fostrat oss inom detta system. Barn kommer sällan i kontakt med alternativa modeller under sin uppväxt; barnlösa par och ensamstående har ju inga barn att föra vidare de modellerna till.

Familjen utgör också det viktigaste sociala nätverket för de flesta människor idag: man kommer samman vid högtider och semestrar, man ställer upp vid kriser, man vidareför arv. Samhället är så uppbyggt, att man till en viss grad förutsätter att föräldrarna tar hand om sina barn och att döttrar och söner senare skall ha omsorg för sina gamla föräldrar.

En del människor väljer medvetet att ställa sig utanför detta mönster genom att leva ensamma eller i icke-reproduktiva förhållanden, tex homosexuella. Detta är medvetna val och låter sig svårligen jämföras med människor som inte kan få sin önskan om att bilda familj uppfylld.

Att föda barn har både existentiella och praktiska motiv. Genom att föda barn för man vidare sig själv; de egna dragen och egenskaperna går vidare rent biologiskt, man re-producerar sig själv, kommer närmare odödligheten. Man utnyttjar också den biologiska potential som man vet att man är utrustad med. Dessutom skänker barn en betydande känslomässig upplevelse av samhörighet, av att vara till för någon, av närhet och intimitet. För de allra flesta kvinnor upptar upplevelsen av att föda och fostra sina barn en mycket stor del av deras vuxna liv, en del som de investerar mycket tid och känslor i. De flesta kvinnor tänker mycket på sina barn hela tiden och pratar om dem i samvaro med andra kvinnor. Att vara barnlös innebär att man inte kan delta i denna livsupplevelse.

Barnlösa väljer ofta att bilda familj på annat sätt än genom att föda egna barn. För de allra flesta kvinnor verkar önskan om familj vara större än önskan om biologiskt egna barn, och de kan nästan alltid tänka sig att adoptera om det visar sig att de inte

kan få egna barn. Män bär oftare på negativa föreställningar kring denna lösning och verkar föredra biologiskt egna barn. Även om sociokulturella faktorer – t ex ras – gör frågan om att adoptera eller inte komplicerad, är det många som adopterar barn – både från utlandet och det egna landet. Efterfrågan på barn är större än utbudet och de flesta adoptionsbyråer tar mycket större hänsyn till barnens behov av ett hem än till de barnlösas behov av barn. Adoptionsprocessen är en påfrestande period då man måste begrunda sin önskan om barn och sin förmåga att ta hand om dem på ett vida mer djupgående vis än man måste innan man får ett biologiskt eget barn. Några familjer klarar inte av att fullfölja processen av denna anledning.

Det verkar som om få av de infertila accepterar lösningen att leva helt utan barn. Ett fåtal måste trots allt göra det, då alternativa lösningar inte låter sig genomföras. Dessa får ofta en jobbig period då de måste finna sig en modell för ett liv utan barn. Många gånger måste de dessutom tampas med brustna förväntningar hos potentiella mor- och farföräldrar, obetänksamma vänner, som är som bäst uppe i blöjbytarperioden samt ett ständigt hopp om att de ändå skall lyckas bli gravida. En tidig medvetenhet om infertiliteten, med bl a ett aktivt val av utbildning och karriärsatsning, kan vara till hjälp. Det är förvisso lättare att finna ett barnlöst liv meningsfullt om man är borsmäklare eller oljeingenjör än om man är småbrukarhustru utan andra arbetslivsutsikter än att bli lördagshjälp i affären.

Önskan om att bli gravid tycks vara mycket stark. De infertila utsätter sig oavlåtligt för smärtsamma och långvariga utredningar och operationer. De gör diagram över sin morgontemp under månader, de lämnar spermieprov och går många gånger på undersökningar efter samlag. På senare tid har de också låtit sig stimuleras av megadoser av hormoner efter att ha stått på väntelista för provrörsbefruktning i årtal, även om de vet att chansen att lyckas ligger på under 15%. Många blir närapå desperata och till sist finns inga gränser för vad de kan tänka sig – surrogatmödrar och nedfrusna

embryon kommer på tal.

Vad som ofta glöms bort, är att även infertila kan känna ambivalens inför att få barn. Denna ambivalens tvingas man att stoppa undan och undertrycka om man skall vinna plats i det medicinska systemet. Det handlar inte om att behärska en process, eller kunna styra sin reproduktion. Många kliniker ställer helt omänskliga krav på att kvinnorna skall vara beredda när systemet kräver det, och många kvinnor låter sina liv styras av menstruationscykler och läkarbesök under flera år utan att få någon möjlighet att ta reda på sina känslor kring detta. Många av de infertila är resursstarka och har god ekonomi, och de köper sig tjänster på en växande privat marknad. Ibland kräver dessa privata kliniker att man går igenom hela systemet en gång till, då de inte litar på tidigare undersökningsresultat, och för att de också styrs av ekonomiska profitmotiv. Jag har varit med om att utbildade kvinnor har lagt ut 100 000 kronor på att köpa sig åtta provrörsförsök utomlands, där kliniken kräver att både kvinnan och mannen skall vistas där tre till fyra veckor vid varje försök, utan att hon lyckats att bli gravid. Jag känner också till kvinnor som aldrig har kommit in på någon väntelista eftersom de saknar resurser att kräva att deras papper blir skickade vidare från den behandlande läkaren, eller som inte har råd att vara borta så mycket från sina arbeten.

*

Infertilitet är inget lyxproblem, utan en existentiell kris med psykosociala konsekvenser, som vi till en viss grad har möjlighet att lösa med medicinsk-teknologiska medel. Vi måste arbeta mera med att förstå reproduktionen och utebliven reproduktion och de konsekvenser detta för med sig, och vi måste föra ut upplysning om detta. Vi måste också vinnlägga oss om att förebygga infertilitet. Vi måste dessutom se till att *alla* får rätt till en acceptabel lösning på detta problem, oavsett ekonomiska tillgångar, även om lösningen inte alltid kan bli ett biologiskt eget barn. Och, tills vidare – tills mannen ser sin

roll i barnomsorgen som lika viktig som kvinnans – är detta i hög grad en kvinnoangelägenhet. Vi måste kräva att få vara med och styra utvecklingen inom den nya reproduktionsteknologin.

Översättning: Maria Lidman

LITTERATUR

- Benedek T, "Infertility as a psychosomatic defense", *Fertil Steril* 1952:3, s 527
- Deutsch H, *The Psychology of Women*, New York 1945
- Mazor M, "Barren couples", *Psych Today* 1979:5 s 101–12
- Menning BE, "The emotional needs of the infertile couple", *Fertil Steril* 1980:34 s 313–19
- Möller A, *Psykologiska aspekter på infertilitet*, Göteborgs Universitet 1985
- Uddenberg N, "Psykologiska aspekter på barnlöshetsutredningar", *Läkartidningen* 1980:77 s 3244–46
- Sundby J, "Infertilitet i et psykososialt perspektiv", litteraturöversikt utgiven på Psykiatrisk Institutt, Universitetet i Oslo 1985
- Sundby J, *Jeg bærer ikke frukter*, utkommer på Tano forlag, Oslo hösten 1986

SUMMARY

If I Don't Have Children, Am I Still a Woman?

Psychological theories from the time of Freud say that infertility may be caused by psychological conflicts about motherhood. Research does not confirm this theory, but recent studies show that there may be a link between psychological stress and endocrinological changes causing infertility.

The main psychological problems of the infertile are contained in their reaction to the fact that they do not achieve pregnancy. Most couples experience infertility as a tremendous crisis, involving depression, loss of sexual function and various psychosomatic symptoms.

The problems of infertility often entail a long journey through medical investigations and treatment, often not solving the problem either medically or emotionally. Infertility is a medical and existential problem that requires thorough medical treatment; it also raises ethical and political issues. Thus we will have to watch closely the development of the new techniques aimed at remedying infertility in order to be able to help infertile couples with an acceptable solution to their problem.

Johanne Sundby
Kvinneklubben, Rikshospitalet
Oslo
Norway