

## Moderskap som sjukdom: Kvinnor som moderskapspatienter enligt olika paradigmm

*Ann Oakley utgår från det nära sambandet mellan samhällets kvinnosyn och synen på moderskapet. Hon påvisar den patriarkala ideologins påverkan av vetenskapen. Två dominerande paradigmm beskrivs, som avser att förklara kvinnors beteende i samband med att de blir mödrar. Det ena paradigmmet ser kvinnan snävt som biologisk varelse. Det andra förklarar hennes förhållande till moderskapet med hur hon lever upp till kvinnorollen. Ingetdera tar hänsyn till det sociala sammanhanget eller kvinnors egna erfarenheter.*

Det finns inget mirakel grymmare än det här.

Jag släpas av hästar, järnhovarna.

Jag härdar ut. Jag härdar ut tills det är utfört. Jag fullbordar ett arbete.

Mörka tunnel, där visitationerna rusar mot mig, visitationerna, demonstrationerna, de bestörta ansiktena.

Jag är medelpunkten i en skändlighet.

Vilka plågor, vilka sorger måste jag föda!<sup>1</sup>

'Var är mitt barn?' frågade Martha oroligt.

'Hon ligger lugnt och skönt och vilar', sade sköterskan, redan på väg ut.

'Men jag har ju inte sett henne än', sade Martha med tårar bakom ögonlocken.

'Ni vill väl inte störa henne, eller hur?' sade sköterskan ogillande.

Dörren stängdes. Kvinnan bredvid, vars fylliga, hängande bröst redan var inne i barnets mun, såg upp och sade: 'Det är bäst att göra som dom säger åt en. Dom har sina egna idéer.'<sup>2</sup>

Den här uppsatsen handlar om hur vetenskapen, den medicinska såväl som den om samhället, närmat sig, studerat och definierat kvinnornas uppgift som barnafödare.<sup>3</sup> Jag utgår från olika slags data – ett fem år långt deltagande i ett sociologiskt forskningsprojekt om barnafödande; observation av medicinskt förlossningsarbete och allmän om än osystematisk läsning av relevant psykologisk/psykiatrisk och sociologisk litteratur – och jag försöker frilägga några av inslagen i den teknik man använt för att visa barnafödande kvinnor deras plats. Resultatet är i viss mån dubbeltydigt, eftersom det

som uppsatsen 'granskar' inte så mycket är litteraturen inom respektive ämnesområden, även om jag försökt att komma med några anmärkningar i förbigående, utan sättet på vilket barnafödandet som naturlig aktivitet genom vetenskapens översättning getts en specifik kulturell ställning.

Barnafödandet intar en obekväm position i skärningspunkten mellan naturens och kulturens båda världar. Som biologisk händelse utförs det av samhällsvarelser – kvinnor – vilka följdriktigt har unikt dubbla egenskaper. När de föder barn 'utför kvinnorna ett arbete' samtidigt som de 'står i

centrum för en skändlighet', för att tala med Sylvia Plath. Barnafödandet blir en ständig påminnelse om sambandet mellan kvinnans 'natur' och Moder Natur. Det måste göras till social handling, eftersom samhället hotas av det oordnade som ligger utanför dess domvärjo. Det kulturella behovet att för-samhälleliga barnafödandet kommer i konflikt med kvinnornas fria agerande: de hämmas av kvinnlighetsdefinitioner som ger moderskapet en betydelse som de kanske inte upplever. Därför är frågan om reproduktionens sociala konstruktion av primär betydelse för varje analys av kvinnornas ställning. Kanske kan kvinnoförtryckets diagnos och prognos rent av spåras tillbaka till moderskapet.<sup>4</sup> Medicinen, den kliniska psykiatrien och psykologin samt i mindre grad den akademiska psykologin och sociologin är områden för vilka kvinnans funktion som barnafödare utgör legitima 'ämnena'. Att kartlägga kvinnoparadigmen inom dessa områden är att föra fram en syn på vetenskapen som ideologi – som särskild kulturell produkt och föreställning.<sup>5</sup> Vetenskapen bygger upp barnafödandets kultur i den industrialiserade världen, på samma sätt som de icke industrialiserade, förvetenskapliga samhällenas trossystem alstrade ett övermått av skilda och (för oss) exotiska mönster för födandet.

### Männens kontroll över reproduktionen

Som Martha Knowell i Doris Lessings *Bra gift* blir medveten om, har barnafödandets medicinska handhavare 'sina egna idéer'. Trots att sjukhusförlossningens organisation avspeglar dessa idéer finns de sällan uttalade. En viktig sida av den medicinska attityden till barnafödandet är att den göms bakom en skärm av förment exklusivt kliniska angelägenheter. I vår analys av data från två olika forskningsprojekt om den medicinska och sociala behandlingen av barnafödande kvinnor, har Hilary Graham och jag<sup>6</sup> skisserat den modell för reproduktionen och dess agenter – kvinnorna – som besjälar den medicinska inställningen till graviditet och förlossning. Vår bevisföring bygger på

djupintervjuer med flera hundra kvinnor som nyss fött barn i York och London, och på detaljerade observationer på barnbörds-hus och förlossningskliniker. Obstetrikern betraktas av sina utövare som ett specialist-ämne där, tack vare det expertkunnande som överförs via den medicinska specialutbildningen, 'doktorerna vet bäst'. Det som karaktäriserar den 'kunskapsmassa' som obstetrikern utgör är dess anspråk på överlägsenhet i förhållande till expertkunnandet hos reproducenterna själva. 'Obstetrik' betecknade ursprungligen en kvinnlig sfär. Går vi till historien och olika kulturer, finner vi att det förhärskande systemet varit en kvinnans kontroll över reproduktionen. I den industrialiserade världen har den omvandlats till ett av män kontrollerat system.<sup>7</sup> Det finns medicinhistoriska verk som i sin genomgång av den manliga obstetrikens uppkomst oavsiktligt vittnar om detta ideologiska inslag,<sup>8</sup> men allmänt sett är området föga utforskat. En liten skrift av Ehrenreich/English<sup>9</sup> och Barker/Benfields<sup>10</sup> analys av den amerikanska gynekologins framväxt är de mest bekanta redogörelserna för den könspolitiska ideologin bakom övertagandet av reproduktionsvården.

De manliga obstetrikernas anspråk på monopol över all relevant kunskap utvecklades jämsides med den kontroll över fysiska och tekniska resurser (sjukhussängar, apparater för att övervaka graviditetens och förlossningens fortskridande, tekniken för komplicerade förlossningar – kejsarsnitt, tångförlossning, sugklocka – osv) som krävdes för att ta hand om födande kvinnor inom ett medicinskt system. Reproduktionens ställning som medicinskt ämne leder också till att obstetrikerna betraktar graviditet och förlossning som analoga med andra fysiologiska processer, i egenskap av föremål för medicinsk kunskap och behandling. Ett sådant synsätt krävs för att passa in reproduktionen i den kategori av mänskliga angelägenheter i vilken läkarna kan utöva och genomdriva sin beslutanderätt. (I denna mening är barnafödandet bara ett specialfall av livets 'medikalisering').<sup>11</sup> Den ideologiska omvandlingen av det 'naturgivna' (att få barn) till det kulturella (att bli förlossnings-



patient) är svår, eftersom obstetrikerna står inför det faktum att 97 procent av alla kvinnor<sup>12</sup> kan få barn säkert och utan problem. I försöken att få det hela att gå ihop avslöjas motsättningen. Här är ett bland många exempel: 'Det kan uppstå svårigheter om man glömmar, att *hur naturliga graviditetens, förlossningens och barnsängsperiodens processer än må vara* i en ideal värld, kvarstår faktum, att på inget annat livsområde ligger det normala och det abnorma varandra närmare än inom obstetrikern. Sekunder, ett felövervägt beslut, brist på utrustning, erfarenhet eller förmåga kan skilja glädje från katastrof. Förlossningsvårdens säkerhet och effektivitet bygger mycket på att man inser dessa fakta.'<sup>13</sup> Andra metoder för att understryka reproduktionens medicinska karaktär innefattar behandling av alla havande kvinnor på likformigt sätt, oberoende av det faktum att endast några få utvecklar komplikationer, att man tillhandahåller förlossningsvård på institutioner men inte för hemmen, rutinmässigt bruk av tekniska, farmakologiska och kliniska procedurer, reproduktionsvård som fragmentiseras genom att man skiljer obstetrikern från pediatriken<sup>14</sup> och i stället för den samman med gynekologin, som behandlar kvinnans biologiska sjukdomar.

I överensstämmelse med tonvikten på fysiologi definieras inom det medicinska paradigmet kriteriet på reproduktiv framgång i termer av dödlighetstal för nyfödda och mödrar i samband med förlossningen samt i mindre grad vissa mått på skador hos mödrar och spädbarn. Enligt denna snäva tolkning av vad som är ett framgångsrikt reproduktionsresultat bör moderns tillfredsställelse med sina upplevelser som barnafödelska vara fullkomlig, om både mor och barn överlever utan större försämring av sin fysiska hälsa. Andra mått på framgång, såsom kvinnans känslomässiga reaktioner på erfarenheterna av födandet och dess handhavande, betraktas inte som relevanta. Allmänt sett garanterar det medicinska åtskiljandet av reproduktionen från dess sociala sammanhang att reproducenten själv får en reducerad status. De första raderna i ett kapitel om igångsättning av förlossningsarbetet

illustrerar det förhärskande medicinska sättet att 'uppfatta' kvinnor som babybehållare:

Farmakologernas fascination inför livmodern bottnar i det faktum att dess beteende växlar från dag till dag och nästan från minut till minut, vilket är det egentliga skälet till att fysiologerna i förtvivlan mer eller mindre har lämnat den åt sidan. Det vore ologiskt att se problemet med igångsättning av födelsearbetet helt isolerat, eftersom vi vet att de fysiskt-kemiska förändringar som sker i och kring livmodermuskulaturens celler bara är en förstoring och modifiering av dem som inträffar under varje menstruationscykel. Grundproblemet är inte varför och hur livmodern stöter ut fostret, utan varför den under så många månader tolererar det.<sup>15</sup>

I detta kapitel används 'uterus' (livmoder) eller 'cervix' (livmodertapp) som subjekt eller objekt 46 gånger, nästan dubbelt så ofta som ordet 'kvinna/kvinnor'. Kvinnorna reduceras alltså till sina anatomiska reproduktionsorgan.<sup>16</sup> Den enda betydelse som reproduktionens sociala sammanhang har för den medicinska referensramen är de sociala faktorernas (civilstånd, dåliga bostäder, 'neurotisk personlighet' osv) inverkan på reproduktionens 'effektivitet'.

### Kvinnor som reproduktionsmaskiner

Två kvinnoparadigm tävlar i den medicinska modellen om tätplatsen och ligger bakom alla karaktäristika hos det ovan beskrivna medicinska perspektivet. Det första ser kvinnorna som inte blott passiva patienter utan, helt mekanistiskt, även som manipulerbara reproduktionsmaskiner. Det andra hänvisar till föreställningar om den biologiskt bestämda 'feminina' kvinnovarelsen. 'Reproduktionsmaskinmodellen' har väglett mycket av de teknologiska innovationer som skett inom obstetrikern under 1900-talet, ja, den mekaniska analogin bygger direkt på den ideologiska konstruktion av reproduktionen som abnorm och onaturlig, vilken ursprungligen banade vägen för det medicinska övertagandet av reproduktionsvården. 1970-talets (i teknologisk mening) längst utvecklade obstetriska mönster, passande nog känt som *active management of labor*, innebär



en rent naturvetenskaplig syn på barnafödandet. 'För att tala rakt på sak, behandlar obstetrikerna kroppen som en komplicerad maskin och använder olika tekniska ingrepp för att reparera de fel som kan uppstå i maskineriet.'<sup>17</sup> Den mekaniska modellen är *man-made* och kräver regelbunden service för att fungera korrekt. Den antenatala (före förlossningen) vården blir därmed ett underhålls- och felsökningsarbete, och det obstetriska ingripandet i nedkomsten svarar mot reparationen av mekaniska fel med hjälp av mekaniska färdigheter. Både konkret och ideologiskt tenderar kvinnorna att bli maskiner,<sup>18</sup> i takt med att maskiner i växande utsträckning används för att övervaka graviditeten samt initiera och avsluta själva förlossningen. En maskin kontrollerar de livmodersammandragningar som en annan maskin registrerar. Regionalbedövning tar bort kvinnans medvetande om sina sammandragningar så att de måste avläsas på maskinen, och patientvård blir detsamma som att hålla alla maskiner gående.

Men de mänskliga och mekaniska föreställningarna strider mot varann. Därmed uppstår behovet att noggrant övervaka den mängd och typ av information som havande kvinnor 'matas' med. Den mekaniska metafen skärps till analogi med en dator, för det är endast genom noggrant urval och noggrann kodning av information som datorer kan fås att fungera korrekt. Huvudinstrumentet att programmera kvinnor till att bli moderskapspatienter utgörs av rådgivningslitteraturen för blivande mödrar. I England har utvecklingen inom denna litteratur noga avspeglat kronologin för den medicinska jurisdiktionens utbredning över födandet.<sup>19</sup> I dag ligger betoningen vid kvinnornas behov att bli informerade om graviditet och förlossning. Men man drar en skarp gräns mellan önskvärd och icke önskvärd information: de båda första avdelningarna i Gordon Bournes' allmänt lästa *Pregnancy*<sup>20</sup> har rubrikerna 'Vikten av information' och 'Läs inga medicinska handböcker'. Konflikt på mödravårdskliniken eller i för-



Foto Monika Englund. Detta och följande två foton ingår i boken *En födelse*, 1980.



lossningssalen mellan läkare och patient tolkas som läkarens misslyckande att effektivt överföra sina intentioner till patienten (misslyckande att korrekt programmera datorn). En ledarartikel i *British Medical Journal* formulerar saken så här: 'Det faktum att en procedur sådan som igångsättandet av födelsearbetet, vilket med de renaste avsikter görs för moderns och barnets bästa, blivit så misstolkad av massmedia, har säkert inte berott på någon ond vilja, utan har troligare sin grund i det oroande faktum att läkarna inte på ett adekvat sätt meddelat patienterna sina avsikter ... Den moderna kvinnan vill fortfarande lita på sin läkare – vill tro att hon utan oro till honom kan överlämna vården av sig själv och, *än viktigare*, av sitt barn.'<sup>21</sup>

### Den feminina modellen

Den mekaniska modellens många framträdanden i rådgivningslitteraturen, i medicinska texter och i den allmänna medicinska praktiken, innesluter samtidigt en anslutning till föreställningar om den feminina kvinnan:

Kvinnans grundläggande personlighet förändras inte under graviditeten, men det inträffar förvisso små och subtila förändringar. Alla kvinnor tenderar att vara känslomässigt instabila vid tidpunkter då hormonnivån är som högst, som under puberteten, graviditeten, klimakteriet och även omedelbart inför varje ny menstruationsperiod. Det är allmänt bekant att flertalet av kvinnor utförda häftiga handlingar och brott görs under veckan närmast före menstruationen.<sup>22</sup>

Kvinnan undgår aldrig sin yttersta biologiska bestämning, reproduktionen, och ett avsevärt antal av de psykologiska problem man möter under graviditeten är följden av konflikter som rör denna biologiska bestämning.<sup>23</sup>

Läkaren: 'Hur många barn har ni?'

Patienten: 'Det här är tredje gången jag är med barn.'

Läkaren: 'Ni gör tydligen er plikt.'<sup>24</sup>

Det viktigaste inflytandet från den feminina modellen är att en 'riktig', dvs sant feminin, kvinna vill låta barn växa inom sig, föda och sköta dem. Hon betraktar detta tillsammans med äktenskapet som sitt egentliga kall i livet. Sådana kvinnor 'anpassar' sig väl till

graviditet, födande och moderskap, känner djupa 'moders'-känslor för barnen och kan framgångsrikt integrera moderskapets och hustruskapets motstridiga krav. Av detta följer att femininiteten hos de kvinnor som inte lever upp till dessa mål är tvivelaktig.<sup>25</sup>

Detta feminina kvinnoparadigm framställs parallellt med två andra ideologiska tendenser, nämligen fientlighet mot kvinnokultur och identifikation med maskulina intressen. Det förre förklaras kanske bäst med hjälp av citat: 'En annan dold oro är fruktan för födelsesmärtor. Alltför ofta får den unga modern höra om äldre kvinnors påhittade rysliga upplevelser ...'<sup>26</sup> 'Man borde anstränga sig att hålla tillbaka eller förebrå de omföderskor som berättar om sina obehagliga upplevelser för de oskyldiga som väntar sitt första barn.'<sup>27</sup> 'Varför måste kvinnor berätta sådana historier för varandra, i synnerhet som de flesta av dem är så öppet osanna? ... Troligen gör onda kvinnor med sina elakt ljugande tungor mer än någon annan enskild faktor för att skada förtroendet och glädjen hos gravida kvinnor ... Kanske är det något slags sadism.'<sup>28</sup>

Det råder en påtaglig konflikt mellan obstetrikerns kunskap om reproduktionen och den erfarna kunskapen hos de kvinnor som faktiskt har fött barn. Spänningen mellan mödrars och medicinares kunskaper är ett genomgående tema i den moderna obstetrik. En medicinsk reaktion är den 'makeidentifikation' som Scully och Bart<sup>29</sup> kunnat urskilja i sin granskning av de gynekologiska handböckernas kvinnor. För en av utvecklingslinjerna, förlossningen där mannen är med, blir maken läkarens representant och tar över rollen att programmera patienten för födseln.<sup>30</sup>

Det feminina paradigmet framträdande roll i den medicinska inställningen till reproduktionen har gett stimulans åt en väldig mängd forskning. Exempelvis har ofruktbarhet,<sup>31</sup> återkommande missfall och för tidig födsel alla analyserats som psykosomatiska försvar till följd av kvinnans fientliga identifikation med sin mor, som ett förkastande av kvinnorollen, som ett misslyckande med att uppnå kvinnlig mognad och som bevis på stort sexuellt förhållande till make/



fästman.<sup>32</sup> Mycket av samma hypoteser har tillämpats på studier av andra komplikationer under graviditet och förlossning – till exempel illamående och uppkastningar, graviditetsförgiftning, 'dysfunktion' (felaktig funktion) hos livmodern under förlossningen – och på barnets tillstånd (dess fysiska kondition och beteende) efter födelsen.<sup>33</sup> Grimm<sup>34</sup> har beskrivit en stor del av denna forskning och påpekat dess metodologiska brister. Många undersökningar är exempelvis retrospektiva. De har valt ut en grupp kvinnor hos vilka man konstaterat någon fysiologisk rubbning och sedan undersökt dem isolerat från varje kontrollgrupp. Framåtblickande forskning om 'normala' kvinnor (sådana utan konstaterbara fysiologiska rubbningar) lider i sig av att personlighetsvariablerna före graviditeten inte är fastställda (exempelvis kanske en kvinna med kliven inställning till sin graviditet reagerar redan på otrevliga fysiska upplevelser). De psykologiska variablerna har själva en tvivelaktig ställning. Hur tillförlitliga och giltiga är de mått som används?

### Kritik av de psykologiska förklaringarna

Jakten på samband mellan feminitet och reproduktion har även sett den psykologiska 'anpassningen' till graviditet, förlossning och moderskap som den relevanta resulterande variabeln. Ja, medicinskt-psykiatrisk litteratur av det slaget har blivit den viktigaste uppsamlingsplatsen för den psykologiska forskningen om kvinnor. Feministiska psykologer har tecknat kvinnornas plats inom psykologin som i de flesta avseenden en spegelbild av deras ideologiska, sociala och ekonomiska placering i en manligt dominerad kultur.<sup>35</sup>

I ett sådant sammanhang tenderar reproduktionens psykologiska aspekter att bli behandlade som bifenomen till kvinnans fysiologiska tillstånd. Moderskapscykeln tolkas som en period av ökad sårbarhet, som kan disponera en kvinna för ett känslomässigt sammanbrott. De orsaksmekanismer som verkar ses på två sätt: som fysiologiska förändringar vilka orsakar psykologiska pro-

blem eller som psykologiska problem härstammande från en inompsykisk konflikt (uttryckt i termer av kvinnlig personlighetsstruktur) som bottnar i reproduktionens påfrestningar. Depression efter förlossningen kan till exempel återföras på hormonbalansen i det skedet,<sup>36</sup> eller buntas ihop med de olösta konflikter som rör 'accepterandet av kvinnorollen'.<sup>37</sup> Det som lämnas ur räkningen är den postnatala depressionens sociala korrelat. Det har till exempel knappast gjorts någon forskning alls om den postnatala depressionens frekvens i hemmet jämfört med i sjukhusmiljö,<sup>38</sup> och mycket få forskare har betraktat den inverkan som sömnstörningar,<sup>39</sup> uttröttnings, social isolering, pressande arbetsbörda osv haft för kvinnans känslor efter ett barns födelse. Detta är så mycket mera förvånande i ljuset av resultaten från olika undersökningar om att mentala hälsosymtom under och närmast efter graviditeten inte hänger särskilt väl ihop. Graviditetssymtom förutsäger inte barnsängssymtom. De verkar ha olika etiologi.<sup>40</sup> Forskningen har återigen tenderat att koncentreras till kvinnor som har eller har haft postnatal depression och försummat att jämföra med en kontrollgrupp av kvinnor som inte drabbats av detta.

Markham redogör för ett försök att åtgärda denna svaghet ifråga om metod. Hon följde upp en undersökning av elva patienter med postnatal depression genom att ta fram en andra grupp, bestående av kvinnor som inte klassificerats som lidande av den. Hon fann att också alla de gav prov på depressiva reaktioner. 'Den viktiga skillnaden', lyder hennes slutsats, 'mellan de normala och de patologiska kvinnorna var inte det faktum att båda erfor depressiva reaktioner, utan att de normala mödrarna till sin hjälp hade en hel arsenal av försvarsmedel för att avvärja eller underlätta sina depressionskänslor'.<sup>41</sup> Även om Markham koncentrerar sig på det psykodynamiska försvaret, kan det finnas skäl att fråga efter det sociala stödets roll när det gäller att förhindra diagnosen postnatal depression.<sup>42</sup> Liakos,<sup>43</sup> som undersökt 'tredjedagskrisen' hos ett urval av grekiska kvinnor, har funnit att denna speciella postnatala störning inte inträffade så



ofta om modern hade antingen sin egen mor eller sin svärmor till hjälp sedan barnet fötts.

I uttalanden om etiologin bakom postnatal depression och andra mentala och känslomässiga störningar som uppträder under och närmast efter graviditeten, är försöken att fästa kvinnligheten i begrepp påtagligt vaga, förvirrade eller bådadera. Ett exempel på detta är Nilsson, som i en översikt av emotionell anpassning i samband med förlossning meddelar att kvinnor med anpassningssvårigheter efter förlossningen uppvisar en tendens till 'förnekande av sina reproduktiva funktioner', mätt genom uppträdandet av 'symtom från den genitala sfären' (till exempel dysmenorré) och andra relevanta symtom, däribland sen anmälan på mödravårdsklinik och frånvaro av graviditetsillamående. I andra undersökningar<sup>45</sup> betraktas graviditetsillamående som ett symtom på tillbakavisad kvinnlighet. Det förefaller som om just det oprecisa i sådana begrepp ger forskaren obegränsad frihet vid tolkningen av data. Dysmenorré har aldrig visats ha samband med problem ifråga om könsidentiteten och är som forskningsbegrepp i sig offer för inadekvat begreppsbyggnad och löst påklitrade etiketter inom en snedvriden psykoanalytisk ram.<sup>46</sup> Ett närsynt uteslutande av reproduktionens sociala och ekonomiska sammanhang medger flexibilitet i valet av psykosomatiska kännetecken. Så bortser forskarna exempelvis från att sen anmälan på mödravårdskliniker har sociala orsaker: en önskan att undgå stigmatisering i fall av utomäktenskaplig graviditet, motvilja mot läkare och sjukhus, fientlighet mot det avhumaniserade i sjukhusorganisationen (långa väntetider, känslan av 'löpande band' eller 'programmerad värphöna'), en syn på graviditeten som 'naturlig' och inte 'medicinsk' process.<sup>47</sup>

#### *Tillbakavisande av den feminina rollen*

I sin undersökning använde Nilsson en manlighets-kvinnlighetsskala för att fastställa inställningen hos sitt urval av kvinnor. Den bestod av tio 'maskulina' och tio 'feminina' adjektiv, bland vilka kvinnan uppma-

nades att välja de fem som bäst respektive sämst beskrev henne själv. Han fann att de kvinnor som visade sig vara mer maskulina än andra vittnade om färre symtom under graviditeten och även tidigare i livet, och han drog slutsatsen att maskulina kvinnor vill framstå som friska och därför förnekar sina symtom. Den alternativa tolkningen är naturligtvis att den kulturella kvinnligheten faktiskt är (för att låna en analogi) dysfunktionell i förhållande till en problemfri reproduktionsupplevelse.<sup>48</sup>

I den psykologiska litteraturen pekar alla sorters tecken och symtom på brister i kvinnlighetsutvecklingen vilka ger dålig prognos för ett problemfritt barnafödande och dito anpassning till moderskapet. Chertok<sup>49</sup> använder begreppet 'negativitetsraster' som instrument för att förutsäga lätt eller svår födsel, och tar under *womanhood* upp ett virrvarr av olika faktorer: missfall, avbrytande av kärleksförhållande, pojklekar under barnaåren och 'negativ' värdering av sex. Under 'avvikande inställning till moderskap' innefattas rädsla för att inte veta hur barnet ska skötas och problem med det sexuella samlivet. Det kan sägas utgöra ett forskningsproblem i sig varför alla dessa faktorer skulle anses ha sådan stark relevans för upplevelsen av barnafödandet, eftersom de uppenbart kan ha helt skilda upphov, förbindelser och konsekvenser.

Chertok tar som negativ faktor upp 'påtvungat avbrott av högt uppskattad anställning'. Tydligtvis, om än sällan uttryckligen, räknas arbete utanför hemmet eller önskan om sådant till de faktorer som innebär ett tillbakavisande av kvinnligheten, och vice versa. 'I det moderna västsamhället förstärks tillbakavisandet av moderskapet i sin tur av kravet på kvinnan att vara ekonomiskt produktiv ... Det råder inget tvivel om att kvinnans frigörelse har ökat hennes svårigheter.'<sup>50</sup> Freud har kanske inte uttalat att anatomin är ödet, men ett sådant påstående ligger inbäddat i mycket av den psykologiska forskningen om moderskapet. Den frekvens med vilken etiketter som 'anpassning' eller 'adaption' står som synonym för ett framgångsrikt reproduktionsresultat, väcker den efterhängsna frågan: anpassning till vad?



Och föreställningen att moderskapet kräver en sådan anpassning tyder på, att vad det är fråga om är en socialt kodad formel för produktionen av personligheter som är anpassade till den kvinnliga hemmatillvaron. Moderskapet reduceras i denna kategori av undersökningar till en ren symbol för den grad i vilken kvinnor är eller inte är insnärjda i ett kulturellt kvinnlighetsnät (vilket bara är en av moderskapets många innebörder). Att en sådan forskning begreppsmässigt och metodologiskt står i överensstämmelse med den rådande samhällsordningens grundsatser bör i sig, som Myrdal<sup>51</sup> och andra har noterat, väcka misstanke om den procedur genom vilken data kommer fram. Den skala med vilken missanpassningen till moderskapet mäts, avspeglar inte nödvändigtvis kvinnornas problem med att bli mödrar. Den medvetandeskapande och den måttstockskapande processen är, som Kitsuse och Cicourel<sup>52</sup> påpekat, två skilda sociala fakta.

Föreställningen att missanpassning till moderskapet uppträder när kvinnorna förkastar sin kvinnoroll kan indelas i följande beståndsdelar: att kvinnorna ogillar men-

stration, graviditet, barnafödande, amning, (hetero)sexuellt umgänge, ställningen som hustru, arbetet med att passa upp mannen, sina män, ställningen som husmor, att sköta barnen, barnen själva. Användningen av ordet 'ogilla' (dislike) i stället för de emotionellt tyngre laddade 'tillbakavisa' (reject) och 'förkasta' (deny), vittnar om det moraliskt fördömande sätt varpå fullt rimliga, det vill säga socialt förklarliga, negativa attityder till specifika roller/processer/aktiviteter har tolkats. Närmar man sig dessa frågor med sunt förnuft i stället för fördomsfulla normativa värderingar om vad som konstituerar feminin kvinnlighet, frågar man sig kanske i stället varför kvinnor skulle gilla menstruation och allt annat som står på listan över 'tillbakavisad kvinnlighet'. Ja, det står klart att huvudskälet till att kvinnorna bör gilla eller acceptera dessa den biologiska kvinnotillvarons och den kulturella kvinnlighetens sidor är att de förutsätts göra det.

#### *Utvecklingsmodellen*

Dana Breen<sup>53</sup> har urskilt två alternativa per-



Foto Monika Englund.



spektiv inom den psykologiska litteraturen om moderskap. Enligt det första är reproduktionen ett hinder att ta sig över. Graviditeten är ett patologiskt tillstånd, födelsen en prövning, och kvinnans uppgift när hon blir mor är att ta sig genom dessa svårigheter utan att permanent försvaga sin själsliga hälsa. Enligt det andra, som ger en lätt positivare bild, representerar födelsen det som växer och ger möjligheter till personlig integritet.

Modellen är här inte rent medicinsk utan utvecklingsinriktad. Men trots den välkomna betoningen av födandet som prestation (en 'grad av kvinnlighet')<sup>54</sup> och inte handikapp är den ram inom vilken reproduktionen analyseras, rotad i en psykoanalytisk kvinnlighetsideologi. För Grete Bibring,<sup>55</sup> en av utvecklingsmodellens mest inflytelserika förespråkare, är graviditeten en 'normal kris' (ett egendomligt inkongruent begrepp) i kvinnans psykologiska utveckling. Den ger möjlighet att växa mot ett nytt mål av kvinnlig mognad. De kvinnor som inte uppfyller ett sådant mål är naturligtvis 'misslyckade', men att fråga vad de misslyckats med är återigen en politisk fråga. Mognande och integrering av kvinnligheten är en av reaktionerna på reproduktionens påfrestningar, men andra kan innefatta förändringar i personlighetsstruktur, jaguppfattning och identitet i förhållande till andra, som får till effekt att förstärka en kanske inte så könsspecifik individkänsla.

Två senare psykologiska undersökningar om det första barnets födelse försöker båda att blåsa nytt liv i utvecklingsmodellen. Breens studie, som gör en grundläggande skillnad mellan den biologiska kvinnorollen och den kulturella (moders-)kvinnorollen, visar felaktigheten i det antagna sambandet mellan traditionell kvinnlighet och anpassning till moderskapet. Det var de mest feminina kvinnorna i hennes urval som oftast stötte på problem. Hon sammanfattar: 'De kvinnor som är bäst anpassade till att få barn är de som är minst förslavade av vanan, som har en mer öppen och differentierad uppskattning av sig själva och andra, som inte eftersträvar att bli en perfekt osjälvisk mor ... och som inte upplever sig själva som pas-

siva, kvinnlighetens kulturella stereotyp.'<sup>56</sup> En tolkning av Breens material är just att det är det kulturella idealiserandet av moderskap/kvinnlighet som utgör det största problemet för kvinnor när det gäller att bli mödrar, därför att deras personliga upplevelser av reproduktion och moderskap står i konflikt med det kulturella paradigm som de blivit fostrade till att omfatta. Breens försök att rädda kvinnlighetens idé ur det begreppsmässiga trask den hamnat i är värt all pris. Men i sista hand ser hon inget annat alternativ än att grunda definitionerna av manlighet och kvinnlighet i könsskillnadernas biologiska bottenkikt. Kvinnlighet blir detsamma som kvinnlig natur, och det är anpassning till denna natur som bestämmer den egentliga kvinnligheten.<sup>57</sup>

En liknande kritik kan riktas mot den andra aktuella undersökningen av det första barnets födelse, nämligen Sherefskys och Yarrows *Psychological Aspects of a First Pregnancy and Early Postnatal Adaptation*.<sup>58</sup> Det likställande som går som en röd tråd genom detta arbete är det mellan acceptering av modersrollen och acceptering av barnet, ett likställande som väcker den obesvarade frågan om hur modersrollen ser ut i forskarnas medvetande, och huruvida den stämmer med erfarenheterna hos de kvinnor som faktiskt fött barn. Ändå är många av de slutsatser som Sherefsky och Yarrow kan dra ur sitt material en utmaning mot den äldre psykologiska formeln för ett lyckosamt moderskap. Exempelvis visar sig männens övertagande av viss barnavård ha avgörande betydelse för kvinnornas anpassning, och kvinnornas egna tidigare erfarenheter av barn visade sig vara den enda 'biografiska' faktorn av betydelse för hur det gick. Sherefsky och Yarrow observerar också att det ansvar för barnens uppförande som ges åt kvinnorna återspeglas i den sorts psykologiska forskning som studerar sambanden mellan moderns tillstånd och barnets beteende, och som därmed föreskriver ett orsakssamband mellan de båda. De finner inget samband mellan oro hos modern och kolik hos barnet, trots att de ändå berättar att mödrar till kolikbarn tillfälligt blir mer osäkra och mindre accepterande (mot



barnet) som reaktion på barnets beteende. Att etikettera moderns personlighet och beteendedrag som orsaksfaktorer bakom vissa egenskaper hos spädbarnet, är något som vuxit fram ur användningen av traditionella kvinnlighetsparadigm inom den psykologiska forskningen. Dess seglivenhet kan bara förklaras i termer av dess kulturellt normerande roll. Nu börjar den mjukas upp genom det kompenserande medvetandet om att spädbarn i vissa viktiga avseenden utgör oberoende variabler. Vilka de är och hur de beter sig kan påverka kvinnans upplevelse av sin roll som mor, sina föreställningar om sig som mor och person.<sup>59</sup>

Om man psykologiskt konstruerar kvinnorna som moderskapsfall kan man inte skilja mellan det biologiska och det sociala. Man suddar ut olikheten mellan det som Adrienne Rich<sup>60</sup> har kallat moderskapet som 'erfarenhet' och moderskapet som 'institution'. Genom att använda ett medicinskt paradigm där psykologiska tillstånd blir bifnomen till fysiologiska, och genom bristfälligt uppfattade psykologiska föreställningar om kvinnor, blir man oförmögen att skilja ut de separata effekterna av olika institutionella beståndsdelar i kvinnornas upplevelser av barnafödande och moderskap.

### Äktenskapsförhållandet

Om man inom psykologin ser individens psykodynamiska struktur som det huvudsammanhang genom vilket man tolkar reproduktionens mening, är äktenskapsförhållandet den för sociologin relevanta psykodynamiska strukturen. Äktenskapet ersätter kvinnligheten som platsen för reproduktion. Genom att fånga och fördjupa den kvinnliga hemmatillvarons sociala realitet, har familjesociologin (i egenskap av mest inflytelserika kvinnoparadigm)<sup>61</sup> underbyggt den parsonska<sup>61</sup> modellen med dess 'expressiva' (i motsats till mannens 'instrumentella') kvinnoroll, en alldeles särskilt exakt återspeglings av de rådande kulturella värderingarna. I fokus för det sociologiska perspektivet står det första föräldraskapet, som antas ha större betydelse än de följande födslarna för äktenskapsbeskaffenhet.

Merparten av litteraturen handlar enbart om den första födseln och förvisar de andra till en relativt underordnad betydelse, oberoende av vilken verkan de har på kvinnans identitet, tillfredsställelse och livsstil.<sup>62</sup> Moderskapet analyseras som ett utvecklingsstadium i det äktenskapliga förhållandet. Le Masters' uppsats från 1957, *Parenthood as Crisis*, var först med att föra fram den första födselns dramatiska konsekvenser för äktenskapet. Han tecknade de problem som städernas medelklasspar har när de ger sig in i föräldraskapet, ett komplex tyngt av fler romantiska föreställningar än vad äktenskapet är. Men hans forskningsintresse begränsades till nedkomstens effekt på förhållandet mellan man och hustru.

Meyerowitz' och Feldmans arbete är ytterligare ett exempel på denna tradition. Enligt dem är krisen vid det första barnets födelse en 'viktig övergångsmarkering i äktenskapsförhållandets mognad – övergången från tvåstadium till det *mognare* och *mera givande* tresystemet.'<sup>64</sup> Resultatvariabeln, som skulle mätas genom deras intervjuer med 400 förstfödande par, var mannens och hustruns tillfredsställelse med äktenskapsförhållandet (där betoningen låg på den sexuella tillfredsställelsen). Mer tillfredsställelse kom till uttryck under graviditetsintervjun än vid den fem veckor eller fem månader efter nedkomsten, även om det fanns diskrepanser mellan männens och kvinnornas berättelser – exempelvis var enligt kvinnorna sex viktigare för ett lyckosamt äktenskap än enligt männen, ett resultat som Meyerowitz och Feldman var oförmögna att hantera inom rådande kulturella paradigm. De drog därför slutsatsen, att när kvinnorna talade om 'sex' menade de hela förhållandet mellan man och kvinna.

Båda dessa undersökningar begränsas, i likhet med andra inom samma genre, genom sitt fasthållande vid könsuppdelande föräldraskapsbegrepp, såväl explicit i referensramen och slutsatserna från bestämda undersökningar som implicit i forskningsverktygen (metod, intervjuteknik, intervjufrågor). Övergång till föräldraskap har haft innebörden övergång till de normbestämda rollerna med mamma i köket och pappa på



jobbet, och parternas anpassningsuppgifter har därför betraktats som olika redan i utgångsläget, inte som sammanhängande med enskilda omständigheter.<sup>65</sup>

Rossi diskuterade några av dessa skevhet i sin artikel från 1968 om *Övergång till föräldraskap*. Hennes granskning av forskningens frågeställningar från 'Hur anpassar sig gifta par till föräldraskapet?' till 'Vilken effekt får föräldraskapet på kvinnan?', banade vägen för den mera djupgående frågan: 'Vad är det som kvinnan berövas genom moderskapet?' Rossis nedbrytning av den funktionalistiska ideologin – hennes påstående att moderskapets instrumentalitet döljs bakom en ideologisk uppfordran till kvinnlig expressivitet – demonstrerar det sociologiska reproduktionsparadigmet som verktyg för förfrämligandet av kvinnorna. Reproduktionen tillhör inte kvinnorna om den i första hand är till för äktenskapet (och männen). Moderskapets allmänna belöningar och svårigheter, dess bidrag till personlighetens utveckling eller upplösning, dess kraft att undantränga förut existerande social-politiska identifikationer och erbjuda funktionellt underlägsna (inom ett könsförtryckande kapitalistiskt samhälle) alternativ – har alltsammans formulerats som dimensioner i hustruskapet, som störningar i äktenskapsförhållandet, och inte som något som påverkar kvinnornas ställning, identitet och upplevelser. Och genom att analysera reproduktionen som en parameter i äktenskapet, återför man dessutom moderskapets sexuella dimension på hustruskapets sexuella komponent och frambesvärjer samma klyvning mellan moderskap och sexualitet som allmänt präglar det industrialiserade västerlandets kultur.<sup>67</sup> Själva moderskapets sexuella tillfredsställelser (förlossning, amning) tonas ned som kulturellt tema – och därmed också forskningen om dessa aspekter i reproduktionsbeteendet.<sup>68</sup>

Vad socialiseringen av barnet beträffar är den sociologiska forskningen om förhållandet mellan barn och föräldrar barncentrerad och inte inriktad på kvinnan. Eftersom reproduktionen ges sin främsta mening inom en äktenskaplig ram, så blir moderskapet barnets och inte kvinnans upplevelse.<sup>69</sup>

## Medicinsk sociologi

Det ligger kanske inget förvånande i detta, eftersom sociologin varit en av de mest könsförtryckande samhällsvetenskaperna, som i sin teoretiska uppläggning och begreppsstruktur förkroppsligat vådesystemet hos en patriarkalisk kultur.<sup>70</sup> Det andra sociologiska fält som innehållit någon begrundan av erfarenheter i samband med reproduktionen är den snabbt växande medicinska sociologin. Innan det medicinskt-sociologiska arbetet om reproduktionen på 1970-talet började växa, låg för sociologerna reproduktionens huvudsakliga teoretiska intresse i relationen mellan graviditet och sjukdom som särskilda sociala roller.<sup>71</sup> Rosengren, den ihärdigaste utforskaren av detta komplex, har tagit fram en lista på slutsatser med utgångspunkt från hypotesen om sjukdomsrollen: att socialt rörliga kvinnor under graviditeten är mera sjukdomsrollsorienterade än andra,<sup>72</sup> att sjukdomsrollsorienterade kvinnor har utdragnare förlossning än andra,<sup>73</sup> att medelklasskvinnor har större, av sjukdomsrollen präglade, förväntningar på graviditeten än underklasskvinnor,<sup>74</sup> att kvinnor vilka betraktar graviditeten som sjukdom tenderar att ge uttryck åt starkt 'hämndinriktade' attityder till barnuppföstran.<sup>75</sup> Resultat av det slaget är verkligen inte särskilt imponerande, för det de berättar om kunde lika gärna vara oäkta samband, och arbetet med att ta fram uppgifterna medför att man tvingar vissa fördomsfulla värderingar på kvinnornas redogörelser för sina upplevelser av reproduktionen. Den allmänna tonen i Rosengrens arbete tillskriver kvinnorna en olycklig moralisk ansvarighet, för de betraktas som potentiella (om än inte faktiska) upphov till sina egna (medicinska och sociala) svårigheter i samband med reproduktionen, genom att de upprätthåller en falsk bild av sig själva.

I en grundlig undersökning av reproduktionssociologin och dess resultat har Illsley<sup>76</sup> 1967 beklagat sociologernas brist på intresse för de sociala betingelsernas inverkan under graviditet och förlossning, och hävdade att reproduktionens händelser kan förstås endast som inslag i kvinnans livserfarenheter. Ill-



sley behandlar (1) de allmänna sociala faktorernas inverkan på reproduktionens resultat, (2) de biologiska variabelernas (t ex moderns hälsa) inverkan på de sociala parametrarna, (3) förhållandet mellan vissa faktorer (t ex rökning, matvanor) och reproduktionsresultat, (4) samspelet mellan sociala och biologiska influenser, och (5) de sociala reproduktionsskillnadernas betydelse för fostrets och barnets hälsa. Inför dessa uppgifter framstår sociologen som ett slags medicinstatistiker, som från empiriska data extrapolerar fram en modell för socialt inflytande på reproduktionsbiologin. Sociologens bidrag är inte att utröna kvinnornas erfarenheter utan att utvidga den medicinska modellens gränser och föreslå en mera elastisk tolkning av de variabler som kan iaktas påverka moderskapets biologiska resultat.

Macintyre<sup>77</sup> urskiljer fyra slags sociologiska sätt att ta itu med barnafödandet. Det första är det historiskt-yrkesinriktade, vilket i ett historiskt sammanhang studerar barnafödandets handhavare och personal med vetenskapssociologisk, socialpolitisk eller yrkessociologisk utgångspunkt. Den andra metoden är den antropologiska, som koncentrerar sig på relationen mellan hanterandet av födseln och de rådande trossystemen inom olika kulturer. Det tredje är de patientorienterade undersökningarna som ger uttryck för perspektiven hos mödravårdens konsumenter/brukare. För det fjärde ger undersökningar av interaktionen mellan patient och vård en syn på de historiskt-yrkesinriktade och patientorienterade, genom att undersöka samspelet mellan dem som ger och dem som använder sig av tjänsterna. Under de fem senaste åren har det skett en expansion när det gäller bidrag inom alla dessa fyra metoder. Förnyade ansträngningar att kombinera de historiska och sociologiska perspektiven håller på att leda till intressant arbete om obstetrikens utveckling och dess ideologiska privilegium över kvinnan. Exempelvis har Versluysen<sup>78</sup> i sin jakt på den medicinska koloniseringen av barnafödandet tolkat 1700-talets sjukhusrörelse som ett manligt knep för att vinna makt över kvinnohälsovården.

De antropologiska rapporterna om reproduktionen har verkligen utgjort ett fruktbart fält för framställningen av kvinnor som moderskapspatienter.

Huruvida barnsängen ses som en situation där man riskerar livet, eller en där man får ett barn, vinner social ställning eller tillträde till himlen, bestäms inte av den faktiska statistiken över spädbarnsdödligheten, utan av den syn som samhället har på barnafödandet. Varje argumentering om kvinnans instinktiva modersbeteende, som går ut på att den biologiska grunden i detta fall är starkare än varje lärupplevelse som den växande kvinnan från födelsen får, måste beakta denna stora mångfald när det gäller att hantera barnafödandet.<sup>79</sup>

Detta Meads konstaterande är ett av de tidigaste om barnafödandets olikartade uttryckssätt. Det existerar nu åtskilliga stimulerande redogörelser för interkulturell variation i hanterandet av reproduktionen.<sup>80</sup> Kritikerna av den moderna mödravården har insett det antropologiska perspektivets användbarhet när de velat påvisa det 'irrationella' i den nutida obstetriska praktiken. Exempelvis bygger ett dokument från Internationella förbundet för förlossningsutbildning, 'The Cultural Warping of Childbirth',<sup>81</sup> vilket ofta citerats av den moderna mödravårdens kritiker, på internationella data och innehåller redogörelser för förlossningspraktik i vissa icke industrialiserade kulturer. Den antropologiska litteraturen har vid återkommande tillfällen gett upphov åt tanken, att det är en på manlig överhöghet byggande ideologi som legat bakom reproduktionsvårdens moderna mönster och de nutida medicinska paradigmen om kvinnorna som mödrar.<sup>82</sup> Niles Newton, författare till olika interkulturella tolkningar av reproduktionen, stod för några år sedan inför ett auditorium av manliga obstetrikere. Hon uppmanade dem att raka av pubeshåren var gång de skulle hålla ett viktigt tal. Bara på så vis, hävdade hon, skulle de börja förstå den psykologiska (och inte enbart fysiska) påverkan av de obstetriska rutinåtgärderna.<sup>83</sup>

Det är emellertid inom de båda sista av Macintyres kategorier – samspelet patient/vård och patientorienterade undersökning-



ar – som antalet arbeten har ökat snabbast. Även om studierna inom dessa kategorier uppenbarligen inte varit så besjälade av ett paradigmiskt synsätt på frågan om vad reproduktionen betyder för kvinnorna, sträcker de sig från det klart programmatiska till det rent deskriptiva. Rapporter om samspelet mellan patient och vård har mindre förutsättningar än de andra att bli programmatiska, eftersom de sysslar med sakens båda sidor. Ändå har den medicinska klassificeringen av kvinnor som moderskapspatienter ofta genomsyrat forskarnas rapporter,<sup>84</sup> vilket kanske återspeglar en tendens hos sociologerna att identifiera sig med den medicinska verksamheten. N Stoller Shaws *Forced Labor*, en studie av mödravård i fem institutionella miljöer i USA, är såvitt jag vet den enda hittills publicerade rapport med deltagande observation av interaktionen mellan personal och patient, som inte tar till denna typologisering.<sup>85</sup>

Macintyres egen forskning om gynekologiskt arbete handlar visserligen inte specifikt om mödravård men har gett värdefulla bidrag till formulerandet av de olika antaganden om kvinnor och reproduktion, som ligger bakom gynekologiska beslut.<sup>86</sup> Själva sexualiteten – i mötet mellan läkare och patient – har bidragit med ytterligare ett, mera esoteriskt ämne. J Emerson<sup>87</sup> har en redogörelse för hur de medicinska definitionerna på mannens inträngande i kvinnans slida hanteras i relation till andra betraktelsesätt. Metoder för att avsexualisera undersökning av slidan behandlas även av Henslin och Biggs,<sup>88</sup> som även de formulerar läkarens dilemma som behovet att omvandla det heliga till det profana – att göra den okränkbara slidan åtkomlig.

Legitimerade av den etnometodologiska metodens uppblomstring inom sociologin har individuella berättelser från kvinnliga sociologer beskrivit karaktären hos deras egna möten med reproduktionsmedicinen.<sup>89</sup> Genom att etablera reproducentens subjektiva upplevelser som giltiga data ger de viktiga inblickar i reproduktionsvårdens praktik och effekterna av paradigmkonflikter mellan läkare och patient. Men sådana rapporter förutsätter ändå det ömtåliga likställan-

det av rollerna som sociolog och social aktör. Ett personligt predikament kan leda till värdefulla sociologiska insikter, men det säger ingenting om sociologisk allmängiltighet och är ingen ersättning för ett kollektivt substitut, det vill säga ett återgivande av de erfarenheter som grupper av kvinnor delar.<sup>90</sup>

Patientorienterade undersökningar skiljer sig åt efter graden av presentation av och stöd åt särskilda föreställningar om kvinnlighet. Bland undersökningarna om graviditetsvård finns det några (exempelvis de av McKinlay,<sup>91</sup> Collver/Have/Speare,<sup>92</sup> och Donabedian/Rosenfeld<sup>93</sup>) som försöker belysa skälen bakom sen anmälan till mödravården, med det (vanligen underförstådda) antagandet att detta 'dåliga' patientbeteende beror på moralisk oansvarighet hos kvinnorna, vilka måste ommotiveras för att bättre uppföra sig i linje med den medicinska modellen.<sup>94</sup> Å andra sidan finns det vissa studier av patientattityder som inte uppvisar någon sådan moralisk ståndpunkt utan ser som sin uppgift att helt enkelt förklara och mäta reaktionerna på medicinsk mödravård.<sup>95</sup> Några undersökningar har på ett bredare sätt koncentrerat sig på vad moderskapet betyder för kvinnorna. Exempelvis illustrerar Huberts<sup>96</sup> studie av arbetarkvinnor i södra London konflikten mellan det medicinska paradigmet och reproducentens attityder och demonstrerar hur den kulturella presentationen av barnafödande och barnavård fungerar mot bakgrund av en realistisk förväntan om dem.

Vad reproduktionssociologerna uppenbarligen har försummat att ge är en reper-toar av förstahandsrapporter.<sup>97</sup> Intill alldeles nyligen har reproducenterna själva varit representerade enbart som statistik, och/eller manipulerats till att passa in i konturerna till en i hög grad 'ogrundad' teori. Kvinnlighetsparadigmet har varit mindre urskiljbart inom sociologin än inom psykologin och medicinen, ty sociologiska framställningar av kvinnor handlar mer om subtila teoretiska förvrängningar och regelrätt utelämnande än om dogmatisk retorik. Men på alla tre områdena förefaller det som om den allmänna kulturella idealiseringen av kvinnlighet och moderskap helt och hållet projice-



rats på den vetenskapliga framställningen av reproduktionen, så att varken den eller den medicinskt-kulturella behandlingen av kvinnor som reproducenter uppfattats som ett legitimt studieobjekt.

### Att åter ställa kvinnan i centrum

Paradigmatiska framställningar av kvinnor som mödrar fördunklar med nödvändighet den subjektiva verkligheten i kvinnornas erfarenhet av reproduktionen. För att kunna avslöja detta krävs ett ickeparadigmatiskt synsätt, som gör det möjligt att återupprätta reproducenten som huvudperson i födelsens biokulturella drama. Ett område som tycks kunna erbjuda åtminstone ett delsvar är den 'naturliga förlossningen'. Begreppet ifråga fastslår att kvinnor inom kulturen kan få barn 'på naturligt sätt'. Det antyder en motsatsställning till hospitalisering, teknologi och bruket av bedövningsmedel. Det innefattar medvetande och kontroll, moderns aktiva roll i egenskap av den som får barnet och det primära hos hennes behov, i motsats

till den beroende och inaktiva rollen som sjukhuspatient. Naturlig förlossning brukar emellertid förknippas med någon metod för andningsövningar som medel att genom avledning hantera födelsearbetets fysiska förnimmelser. Den naturliga förlossningens båda 'fäder' var Grantly Dick-Read och Ferdinand Lamaze, som båda ville omprogrammera kvinnorna så att förlossningens fysiologiska stimuli skulle alstra annorlunda reaktioner – mindre fruktan och smärta. Den psyko-profylaktiska modellen besjälades av en mekanisk analogi: 'När blev reparationsverkstäder viktigare än produktionsanläggningen?', frågade Dick-Read den 'nya generationen läkare' i sin bok *Childbirth without Fear*. 'Under bilismens första tid var garagen fyllda av havererade bilar, men sedan dess har produktionen förbättrats. De svagheter som disponerade till otillförlitlighet har upptäckts och i vederbörlig ordning rättats till. I dag är det bara de underlägsna produkterna som kräver ingripande från mekanikerna. Det har utvecklats modeller som gör att vi glömmer det relativa i den moder-



Foto Monika Englund.



na och rätt underhållna maskinens tillförlitlighet ... Modern är fabriken, och genom utbildning och vård kan hon göras effektivare i moderskapets konst.<sup>98</sup>

Det kan hävdas att den naturliga förlossningens ideologi till sitt ursprung och i sin modell av kvinnan inte skiljer sig från den obstetriska medicinen i allmänhet. Dessutom avlägsnar dess ideologi – om själens skiljande från kroppen, om känslornas skiljande från de fysiska förnimmelserna som det lämpligaste medlet mot födslosmärter – behovet av medvetande om upplevelsen. Att påpeka medvetandets värde är inte detsamma som att stötta den kvinnliga masochismens tradition, utan att ge födelsen ställning som en viktig händelse i livet. I den mening som är den mentala avledningens mekanik analog med den farmakologiska kontrollen, eftersom båda verkar för att minska medvetandet om smärta, att avlägsna födande kvinnor från födandets fulla erfarenhet och personliga innebörd.<sup>99</sup>

Den professionella medicinens allmänna svar på den naturliga förlossningen har varit att legitimera den genom att inkorporera den i de sanktionerade metoderna. Den medicinska rådgivningslitteraturen började på 1960-talet föreslå viss förberedelse för barnafödandet, bestående i avslappning och andningsövningar som tillägg till den medicaliserade reproduktionen, och använde sådan teknik 'som mildrande åtgärder för att stegra moderns upplevelse av den sjukhusbundna och farmakologiska förlossningen. Även om man demonstrativt erkänt principen om naturlig förlossning, går omsorgen om psykologisk och individuell kontroll upp och förloras i ett system för mödravård som i stället betonar fysiologi och medicinsk kontroll.'<sup>100</sup> På så vis koloniserad av medicinen passar den naturliga förlossningen alltför väl in i det gamla paradigmet. Att 'betinga en kvinna för förlossning innebär för henne väldigt mycket detsamma som den militära utbildningen gör för en ung soldat, som ställs inför stridens provningar. Ingen ung man vill dö eller lida av smärtan från såren. Men med militär utbildning blir han så betingad att han med mod kan möta död och lidande, och gå igenom erfarenheten med

känslan av att ha bevisat sin manlighet ...'<sup>101</sup> I en könsuppdelad modell blir den naturliga förlossningen liksom andra paradigmet ett bidrag till den äktenskapliga lyckan. 'Barnmorskan går, och mannen och hustrun är ensamma med sitt barn ... Nu är de en familj. De har upplevt något ofattligt underbart – en lyckans höjdpunkt i deras gifta liv som kanske alltid kommer att stå för dem som en symbol av djupaste slag för den kärlek de känner. Deras äktenskap har vunnit något på detta ... En skapande förlossning som delas av man och hustru, har för en man och en kvinna sålunda en betydelse, som sträcker sig långt utöver själva födelseakten, och som genom dem återverkar på hela samhället.'<sup>102</sup> Mindre konventionsbundna författare översätter detta till att betyda 'man och kvinna' i stället för 'man och hustru'. Men budskapet är detsamma. 'Om en man är viss om att vara hos sin kvinna när deras barn föds, och en kvinna är viss om att varken jordskred eller vilda hästar, arbete, vänner, fiender, yttre krafter eller institutionella regler kan hålla en far borta från sitt barns födelse, har den roll som mannen spelar ett otal återverkningar senare i livet ... Den nyföddes far är för hans nuvarande och framtida liv lika väsentligt som modern.'<sup>103</sup> Den naturliga förlossningen kan på detta sätt ställas och ställs också i den feminina kvinnlighetens tjänst genom sin dogmatiska betoning av rätta sättet att få barn och den rätta sortens mor för detta. 'Naturlig' får en förvirrad innebörd, men två klara inslag är att förlossningen är (borde vara) (a) icke teknologisk och (b) animal: 'Kvinnor kan liksom djuren föda genom aktiviteten hos sin kropp. Kvinnor kan glädja sig åt födelseprocessen och öka sin värdighet om de lär sig att följa de instinktbundna djurens exempel.'<sup>104</sup> Kvinnorna är inte bättre än djur, och det är ju också därför som de utgör ett sådant hot mot människans kulturella ordning.

Den organiserade kvinnorörelsen har sedan sin pånyttfödelse på 1960-talet avslöjat försåtligheten hos mycken kvinnlighetspropaganda. Rörelsen har visat ett dominerande intresse för att befria kvinnorna från deras roller som barnafödare och barnavårdare. Sålunda har (i England) dess krav inne-



fattat fri abort, fria och bättre preventivmedel och ökad offentlig barnomsorg. Ett huvudtema har varit kvinnornas rätt att definiera sin egen sexualitet – inom en hetero- eller homosexuell ram.<sup>105</sup>

Men även om dessa frigörelsebegrepp är klart präglade av det förhärskande kulturella kvinnoförtrycket, genljuder de också av den patriarkaliska synen på kvinnor som sexualobjekt, av sin biologi dömda till moderskap. Kvinnorörelsens förhållande till den naturliga förlossningen har varit dubbeltydigt och avspeglat rörelsens ambivalens inför kvinnans 'lidande' vid förlossningen. Vissa feminister<sup>106</sup> har sett den teknologiska reproduktionen, barnafödandets absoluta avsondring från kvinnorna i form av det teknologiskt behärskade artificiella havandeskapet,<sup>107</sup> som den enda sanna utvägen ur det dilemma som kvinnans biologiska bestämelse ställer henne inför. Därigenom har kvinnorörelsen inte uppfattat reproduktionen som en kvinnlig resurs utan som ett handikapp, en källa eller orsak till social underlägsenhet. Det råder inget tvivel om att de båda kan samexistera, och att i de medicinska, psykologiska och sociologiska kvinnoparadigmen kvinnornas förmåga till reproduktion och deras sociala andrahandsställning förvisso utgjort en del av samma stereotyp. Det verkar som om vi ännu inte funnit något sätt att försona barnafödandets natur med kvinnans kulturella framställning. Som parametrar inom både natur och kultur hotar kvinnorna i egenskap av reproducenter den kulturella ordningen genom att inskjuta naturen som en betingelse för ordningen ifråga. De här beskrivna paradigmen med kvinnorna som moderskapspatienter kan tolkas som vår sociala reaktion på denna djupgående dubbeltydighet.

Översättning: Gunnar Sandin

#### NOTER

1. S Plath, 'Three Women', i *Winter Trees*, London 1971, s 44. Tolkad av Siv Arb (*Dikter*, Uddevalla 1975, s 78).
2. D Lessing, *Bra gift*, Uddevalla 1974, s 195. Övers Sonja Bergvall.
3. Jag har försökt göra det jag säger giltigt för nordamerikanska förhållanden, men det har en ofrånkomlig slagsida mot engelsk litteratur och praxis.

4. Se M Z Rosaldo/L Lamphere (red), *Woman, Culture and Society*, Stanford 1974, i synnerhet uppsatserna av N Chodorow och S Ortner.
5. Se T S Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago 1962.
6. H Graham/A Oakley, 'Competing Ideologies of Reproduction: Medical and Maternal Perspectives on Pregnancy and Childbirth', i H Roberts (red), *Women and Health Care*, London 1979.
7. Se A Oakley, 'Wisewoman and Medicine Man: Changes in the Management of Childbirth', i J Mitchell/A Oakley (red), *The Rights and Wrongs of Women*, Harmondsworth 1976. Det faktum att systemet för förlossningsvård kontrolleras av män och med hjälp av en maskulin ideologi, hindrar naturligtvis inte kvinnliga obstetiker från att som minoritetsgrupp inkorporeras i systemet.
8. T ex H R Spencer, *The History of British Midwifery from 1650 to 1800*, London 1927, och T R Forbes, *The Midwife and the Witch*, New Haven 1966.
9. B Ehrenreich/D English, *Witches, Midwives and Nurses*, New York 1973.
10. G J Barker-Benfield, *The Horrors of the Half-known Life*, New York 1976. M H Verbrugge ger en allmän översikt av forskningen om medicin och kvinnor i 'Women and Medicine in Nineteenth-Century America'. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, nr 1 (sommaren 1976), s 957-72.
11. Se E Freidson, *Profession of Medicine*, New York 1970, s 251.
12. Siffran anför av den holländske obstetrikern G J Kloosterman.
13. J Stallworthy, 'Management of the Hospital Confinement', i J G Howells (red), *Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics*, London 1972, s 353.
14. En skillnad återspeglad i den medicinska rådgivningslitteraturen, som skiljer böcker om havandeskap/förlossning från böcker om barnavård.
15. G W Theobald, 'The Induction of Labour', i D F Hawkins (red), *Obstetric Therapeutics*, London 1974, s 341. Se även W Hern, 'Is Pregnancy Really Normal?', *Family Planning Perspectives* nr 3 (1971), s 5-10.
16. Det kan hävdas att detta är allmänna kännetecken på *patientskapet*. Men den medicinska typindelningen av kvinnor tycks faktiskt skilja sig från männens. Se t ex G V Stimson, 'G.P.'s "Trouble", and Types of Patient', i M Stacey (red), *The Sociology of the National Health Service*, Sociological Review Monograph nr 22, Keele 1976, och E Frankfort, *Vaginal Politics*, New York 1972. Till dem som studerat effekten av upplevd status på interaktionen mellan läkare och patient hör D G Fish ('An Obstetric Unit in a London Hospital: A Study of Relations between Patients, Doctors and Nurses', University of London 1966) och S Macintyre ('Who Wants Babies? The Social Construction of Instincts', i D L Barkers/S Allen (red), *Sexual Divisions and Society: Process and Change*, London 1976).
17. M Richards, 'Innovation in Medical Practice: Obstetricians and the Induction of Labour in Britain', *Social Science and Medicine*, årg 9 (1975), s 598.
18. Det tekniskt-medicinska begreppet 'uterin dysfunktion' ger uttryck för idén. Intressant nog kallades den första i Storbritannien använda apparaten för automatisk igångsättning av förlossningsarbetet 'William' – inte 'Mary'. För en diskussion om några av de kulturella variationerna i och konsekvenserna av den interventionistiska tekniken se I Chalmers/M Richards, 'Intervention and Causal Inference in Obstetric Practice', i T Chard/M Richards (red), *Benefits and Hazards of the New Obstetrics*, Philadelphia 1977.
19. Ett påpekande från H Graham ('Images of Pregnancy in Antenatal Literature', i R Dingwald m fl (red), *Health Care and Health Knowledge*, London 1977). Den antenatala råd-



- givningslitteraturen har i Förenta staterna samma karaktär som i Storbritannien, men den tycks snabbare ha gått mot en legitimering av idén att kvinnorna även är människor (se C A Bean, *Methods of Childbirth*, New York 1972, och A F Guttmacher, *Pregnancy, Birth and Family Planning*, New York 1973.) Tidningen *Ms* innehöll i decembernumret 1973 en översikt av antenatal litteratur (s 101–103).
20. G Bourne, *Pregnancy*, London 1975.
  21. 'Induction of Labour', *British Medical Journal* nr 27 (mars 1976), s 729 (kurs här).
  22. Bourne, a a, s 3.
  23. M Heiman, 'A Psychoanalytic View of Pregnancy', I J J Rovinsky/A F Guttmacher (red), *Medical, Surgical and Gynecological Complications of Pregnancy*, Baltimore 1965, s 473.
  24. En stencil från de sjukhusobservationer jag 1974–75 utförde som del av ett forskningsprojekt om medicinska och sociala erfarenheter av moderskap ('Transition to Motherhood: Social and Medical Aspects of First Childbirth', bekostad av och tillgänglig från Social Science Research Council, London).
  25. Se tex L Chertok, *Motherhood and Personality*, London 1969.
  26. D Llewellyn-Jones, *Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology*, I: *Obstetrics*, London 1965, s 65.
  27. A E B Matthews, 'Behaviour Patterns in Labour', *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth* årg 6 (1961), s 874.
  28. Bourne, a a, s 7.
  29. D Scully/P Bart, 'A Funny Thing Happened on the Way to the Orifice: Women in Gynecology Textbooks', *American Journal of Sociology* nr 78 (januari 1973), s 1045.
  30. R A Bradley, *Husband-Coached Childbirth*, New York 1974.
  31. Exempel på sådana undersökningar är B B Rubenstein, 'An Emotional Factor in Infertility', *Fertility and Sterility*, årg 2 (1951), s 80, E S C Ford m fl, 'A Psychodynamic Approach to the Study of Infertility', *Fertility and Sterility*, årg 4 (1953), s 456, och T E Mandy/A J Mandy, 'The Psychosomatic Aspects of Infertility', *Sinai Hospital Journal* (1959), s 28.
  32. E C Mann/E R Grimm, 'Habitual Abortion', i W S Kroger (red), *Psychosomatic Obstetrics, Gynecology and Endocrinology*, Springfield 1962, C Tupper/K J Weil, 'The Problem of Spontaneous Abortion', *American Journal of Obstetrics and Gynecology* årg 83 (1962), s 421, och A Blau m fl, 'The Psychogenic Etiology of Premature Birth, a Preliminary Report', *Psychosomatic Medicine* årg 25 (1963), s 201.
  33. Se tex W S Kroger/S T DeLee, 'The Psychosomatic Treatment of Hyperemesis Gravidarum by Hypnosis', *American Journal of Obstetrics and Gynecology* årg 51 (1946), s 544, W A Harvey/M J Sherfey, 'Vomiting in Pregnancy: A Psychiatric Study', *Psychosomatic Medicine* årg 16 (1954), s 1, A J Coppen, 'Psychosomatic Aspects of Pre-Eclampsic Toxaemia', *Journal of Psychosomatic Research* årg 2 (1958), s 241, W A Crammond, 'Psychological Aspects of Uterine Dysfunction', *Lancet* 2 (1954), s 1241, och D H Stott, 'Psychological and Mental Handicaps in the Child Following a Disturbed Pregnancy', *Lancet* 1 (1957), s 1006.
  34. E R Grimm, 'Psychological and Social Factors in Pregnancy, Delivery and Outcome', i S A Richardson/A F Guttmacher (red), *Childbearing – Its Social and Psychological Aspects*, Baltimore 1967.
  35. N Weisstein, '"Kinder, Küche, Kirche" as Scientific Law: Psychology Constructs the Female', i R Morgan (red), *Sisterhood is Powerful*, New York 1970, J A Sherman, *On the Psychology of Women: A Survey of Empirical Studies*, Springfield 1971, M B Parlee, 'Review Essay: Psychology', *Signs* 1 (hösten 1975), s 119–38, dens, 'Psychological Aspects of Menstruation, Childbirth and Menopause', i J A Sherman/F L Denmark (red), *Psychology of Women: Future Directions of Research*, New York u å. Jag har haft stor nytta av Parlees värdefulla kritik i den senare uppsatsen.
  36. K Dalton, 'Prospective Study into Puerperal Depression', *British Journal of Psychiatry* 118 (1971), s 689–92.
  37. O Ostwald/P Regan, 'Psychiatric Disorders Associated with Childbirth', *Journal of Nervous and Mental Diseases* 125 (1957), s 153–65.
  38. Virginia Larsen har intervjuat ett urval kvinnor för att få deras redogörelser för stress under och efter graviditeten och funnit, att många påpekade stresserfarenheter i samband med sjukhusvistelsen (V I Larsen, 'Stresses of the Childbearing Years', *American Journal of Public Health* 56 (1966), s 32–36). B A Cone fann i en undersökning av kvinnor i Cardiff, att medan 64 procent av dem som fött på sjukhus klassificerade sig själva som deprimerade efter hemkomsten, var det bara 19 procent av dem som fött hemma som gjorde detta ('Puerperal Depression' i N Morris (red), *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology*, Basel 1972).
  39. I Karacan och R L Williams har studerat sömnmönstren under havandeskap och perioden närmast efter förlossningen, och funnit att sömnstörningar kan spela en roll för den postnatala depressionens etiologi ('Current Advances in Theory and Practice Relating to Postpartum Syndromes', *Psychiatry in Medicine* 1 (1970), s 307–28).
  40. Detta rapporteras av A Nilsson/P E Almgren, 'Paranatal Emotional Adjustment: A Prospective Investigation of 165 Women', *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplement* 220 (1970), s 1–141, och av F Zajicek, 'Development of Women Having Their First Child' (uppsats vid brittiska psykologiförbundets årskonferens, York 1960).
  41. S Markham, 'A Comparison of Psychotic and Normal Postpartum Reactions Based on Psychological Tests', i *Premier Congrès international de médecine psychosomatique et maternité*, Société Française de Médecine Psychosomatique, Paris 1965.
  42. K B Nuckolls/J Cassel/B H Kaplan har funnit att nära sociala kontakter med familj och vänner bidrar till skyddet mot utvecklingen av stresssymptom under graviditeten ('Psychological Assets, Life Crises, and the Prognosis of Pregnancy', *American Journal of Epidemiology* 95 (1972), s 431–41). Relationen mellan arbete och postnatal depression är ett i huvudsak försummat område. E E Le Masters ('Parenthood as Crisis', *Marriage and Family Living* 19 (1957), s 352–55) meddelar att postpartumreaktionen är särskilt allvarlig hos yrkeskvinnor som lägger av med sitt arbete. G W Brown/T Harris (*Social Origins of Depression*, London 1978) anför data som visar anställningens skyddande effekt på kvinnors mentala hälsa.
  43. A Liakos m fl, 'Depression and Neurotic Symptoms in the Puerperium', i Morris, a a (not 38 ovan).
  44. A Nilsson, 'Paranatal Emotional Adjustment', i Morris (not 38 ovan).
  45. Tex av Kroger och DeLee (not 33 ovan).
  46. Se översikten av relevant litteratur i M B Parlee, 'Psychological Aspects of Menstruation, Childbirth and Menopause' (not 34 ovan).
  47. S Macintyre, *Single and Pregnant*, New York 1977, J B McKinlay, 'Some Aspects of Lower-Class Utilization Behaviour', University of Aberdeen 1970, A Oakley, *Becoming a Mother*, London 1979.
  48. Alice Rossi har påpekat, att så långt det gäller reproduktionens fysiska dimension krävs det i dagens USA en hög grad av självförtroende för att praktisera naturlig förlossning och framgångsrik amning ('Maternalism, Sexuality and the New Feminism', i J Zubin/J Money (red), *Contemporary Sexual Behavior: Critical Issues in the 1970s*, Baltimore 1973).
  49. Chertok, a a (not 25 ovan).
  50. L Kaij/A Nilsson, 'Emotional and Psychotic Illness Fol-



- lowing Childbirth', i Howell, a a (not 13 ovan), s 381.
51. G Myrdal, *Objectivity in Social Research*, New York 1969. (*Objektivitet i samhällsforskningen*, Stockholm 1968.)
  52. J I Kitsuse/A V Cicourel, 'A Note on the Use of Official Statistics', *Social Problems* 2 (1963), s 131–39.
  53. D Breen, *The Birth of a First Child*, London 1975.
  54. Ett begrepp anført av Breen, a a, s 26.
  55. G Bibring m fl, 'A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child Relationship', *Psychoanalytic Study of the Child* 16 (1961), s 22.
  56. Breen, a a, s 193.
  57. Ibid, s 14.
  58. P Shereshefsky/L Yarrow, *Psychological Aspects of a First Pregnancy and Early Postnatal Adaptation*, New York 1973.
  59. A Macfarlane återspeglar denna insikt i sin diskussion av spädbarnsbeteende i *The Psychology of Childbirth*, Cambridge, Mass 1977.
  60. A Rich, *Of Woman Born*, New York 1976.
  61. T Parsons/R F Bales, *Family: Socialization and Interaction Process*, London 1956.
  62. H Graham testade hypotesen att kvinnors attityder till omfödslar skiljer sig från inställningen till förstfödseln, men fann i stället signifikanta likheter ('Women's Attitudes to Conception and Pregnancy', i R Chester/J Peel (red), *Equalities and Inequalities in Family Life*, New York 1977). En not om andra undersökningar finns i Sherman, a a (not 35 ovan), s 207.
  63. Le Masters, a a (not 42 ovan).
  64. J H Meyerowitz/H Feldman, 'Transition to Parenthood', *Psychiatric Research Reports* 20 (1968), s 84 (kurs här). Ett sent exempel på denna analysstrategi utgörs av R LaRossa, *Conflict and Power in Marriage: Expecting the First Child*, Beverly Hills 1977.
  65. Dessa konsekvenser av den äktenskapliga snedfördelningen dras fram av R Rapoport/A Oakley i 'Towards a Review of Parent-Child Relationships in Social Science' (uppsatsen framlagd på en arbetskonferens vid Merrill-Palmer Institute den 10–12 november 1975).
  66. A Rossi, 'Transition to Parenthood', *Journal of Marriage and the Family*, februari 1968, s 26–39.
  67. Dens, 'Maternalism, Sexuality and the New Feminism', a a (not 48 ovan), för detta argument vidare.
  68. Se N Newton, 'Interrelationships between Sexual Responsiveness, Birth and Breastfeeding', i Zubin/Money, a a (not 48 ovan), s 77.
  69. R Rapoport/R Rapoport/Z Strelitz fyller ut och utvecklar denna slagsida i sin litteraturgenomgång i *Fathers, Mothers, and Others*, London 1977.
  70. Se A Oakley, 'The Invisible Woman: Sexism in Sociology', i *The Sociology of Housework*, New York 1975, där det finns en kort diskussion om manlig slagsida inom sociologin, och J Bernard, *Women, Wives, Mothers*, Chicago 1975, angående den speciella inverkan denna slagsida har på moderskapsforskningen.
  71. Se tex T Parsons, *The Social System*, London 1951, och *Social Structure and Personality*, Glencoe 1965. Se även diskussionen i J B McKinlay, 'The Sick Role/Illness and Pregnancy', *Social Science and Medicine* 6 (1972), s 569.
  72. W R Rosengren, 'Social Sources of Pregnancy as Illness or Normality', *Social Forces* 39 (1961), s 260–67.
  73. Dens, 'Some Social Psychological Aspects of Delivery Room Difficulties', *Journal of Nervous and Mental Diseases* 132 (1961), s 515–21.
  74. Dens, 'Social Instability and Attitudes toward Pregnancy as a Social Role', *Social Problems* 9 (1962), s 127–34.
  75. Dens, 'Social Status, Attitudes toward Pregnancy and Child-rearing Attitudes', *Social Forces* 41 (1962), s 127–34.
  76. R Illsley, 'The Sociological Study of Reproduction and Its Outcome', i Richardson/Guttman, a a (not 34 ovan).
  77. S Macintyre, 'The Management of Childbirth: A Review of Sociological Research Issues', *Social Science and Medicine* 11 (1977), s 477–84.
  78. M Versluisen, 'Medical Professionalism and Maternity Hospitals in Eighteenth-Century London: A Sociological Interpretation', *Bulletin of the Society for the Social History of Medicine* 21 (december 1977), s 34–36.
  79. M Mead, *Male and Female*, Harmondsworth 1962, s 221.
  80. Dessa inbegriper M Mead/N Newton, 'Cultural Patterning of Perinatal Behavior', i Richardson/Guttman, a a (not 34 ovan) och C S Ford, *A Comparative Study of Human Reproduction*, Yale University Publications in Anthropology nr 32, New Haven 1945. Ett bidrag som bygger på dessa och andra undersökningar är A Oakley, 'Cross-cultural Practice', i Chard/Richards, a a (not 18 ovan). Det fanns långt tidigare ett intresse för kulturella skillnader i hur födandet skötes, omvittnat av bl a G J Engelmann, *Labor among Primitive Peoples*, andra uppl, St Louis 1883.
  81. D Haire, *The Cultural Warping of Childbirth*, Seattle 1972.
  82. Se tex Mead, a a, s 22, och P Lomas, 'Ritualistic Elements in the Management of Childbirth', *British Journal of Medical Psychology* 39, (1966), s 207–13.
  83. N Newton, a a (not 38 ovan), s 17.
  84. Se Fish, a a (not 16 ovan) för en illustration av denna tendens.
  85. N Stoller Shaw, *Forced Labor*, New York 1974.
  86. Macintyre, 'To Have or Have Not – Promotion and Prevention in Gynecological Work', i Stacey, a a (not 16 ovan).
  87. J Emerson, 'Behaviour in Private Places: Sustaining Definitions of Reality in Gynecological Examinations', i H P Dreitzel (red), *Recent Sociology. 2: Patterns of Communicative Behaviour*, New York 1970.
  88. J M Henslin/M A Biggs, 'The Sociology of the Vaginal Examination', i *Studies in the Sociology of Sex*, New York 1971.
  89. N Hart, 'Parenthood and Patienthood: A Dialectical Autobiography', och J Comaroff, 'Conflicting Paradigms of Pregnancy: Managing Ambiguity in Antenatal Encounters', i A Davis/G Horobin (red), *Medical Encounters: The Experience of Illness and Treatment*, London 1977.
  90. För en diskussion om det etnometodologiska försöket se J H Goldthorpe, 'A Revolution in Sociology?', *British Journal of Sociology* 7 (1973), s 449–62.
  91. J B McKinlay, 'The New Late-Comers for Antenatal Care', *British Journal of Preventive and Social Medicine* 24 (februari 1970), s 52–57.
  92. A Collver/R T Have/M C Speare, 'Factors Influencing the Use of Maternal Health Services', *Social Science and Medicine* 1 (6 juli 1967), s 293–308.
  93. A Donabedian/L S Rosenfeld, 'Some Factors Influencing Prenatal Care', *New England Journal of Medicine* 265 (6 juli 1961), s 1–6.
  94. Denna tolkning görs uttryckligen i ett aktuellt dokument utgivet av British Department of Health and Social Security ('Reducing the Risk: Safer Pregnancy and Childbirth', London 1977), som betonar moderns fel (när det gäller att i tid söka upp mödravården, undvika rökning, alkohol och andra 'droger'), i stället för otillräckligheten i och missnöjet med mödravården.
  95. Tex A Cartwrights översikt av attityder till inducerad förlossning (*The Dignity of Labour*, London 1979). Utformningen av sådana studier kan naturligtvis göra det mer eller mindre svårt för patienternas synpunkter att komma till tals. Ett val mellan ja och nej ger inte utrymme för infogandet av sammansatta och/eller djupgående svar på mödravårdens hela kulturbestämda fraseologi.
  96. J Hubert, 'Belief and Reality: Social Factors in Pregnancy and Childbirth', i M P M Richards (red), *The Integration of a Child into a Social World*, New York 1974.
  97. A Oakley, *Becoming a Mother*, a a (not 47 ovan) presenterar sådana berättelser. En andra, mer analytisk behandling av



- min forskning om moderskap är under förberedelse: 'Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth'. I Storbritannien växer den reproducentcenterade forskningen om reproduktionens sociologi. Det brittiska sociologförbundets studiegrupp för reproduktionssociologi har framställt ett forskningsindex som förtecknar dessa och andra undersökningar (kan fås från Annette Scaubler, Department of Sociology, University of Surrey).
98. G Dick-Read, *Childbirth without Fear*, London 1942.
  99. Se Rich, a a (not 60 ovan), kap 7, 'Alienated Labor', för några kommentarer till det naturliga barnafödandets ideologi.
  100. H Graham, a a (not 19 ovan), s 24. Se även H Brant/M Brant, *Pregnancy, Childbirth and Contraception: All You Need to Know*, London 1975, s 194.
  101. C Tupper, 'Conditioning for Childbirth', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, april 1956, s 740.
  102. S Kitzinger, *The Experience of Childbirth*, London 1962, s 155.
  103. D Brook, *Naturebirth*, Harmondsworth 1976, s 33.
  104. Bradley, a a (not 30 ovan), s 12.
  105. Dessa motiv återspeglas i den tidiga kvinnorörelsens publikationer i både Storbritannien och Förenta staterna, t ex Morgan, *Sisterhood Is Powerful*, a a (not 35 ovan), och M Wandor, *The Body Politic*, London 1973. I båda dessa böcker nämns barnafödandets betydelse för kvinnan bara i förbigående, utom när det gäller en teoretiskt-marxistisk tolkning av den kapitalistiska familjens reproduktiva funktion.
  106. S Firestone, *The Dialectic of Sex*, New York 1971, för fram denna synpunkt.
  107. Vetenskapens och teknikens faktiska karaktär under kapitalismen är patriarkalisk. Se H Rose/J Hanmer, 'Women's Liberation, Reproduction and the Technological Fix', i Barker/Allen, a a (not 16 ovan) för en kritik av argumentet att 'tekniken kommer att frälsa kvinnan'.

#### SUMMARY

Women's experiences in the area of reproduction have been traditionally consigned to a number of fixed paradigms. These paradigms illustrate the

function of science as ideology – as a particular cultural production and representation – and indicate a close alliance between the general values of a society pertaining to women on the one hand, and the manner in which maternity and potential maternity are treated on the other.

This article describes the paradigms of maternity extant in medical science, clinical psychiatry and psychology and academic psychology and sociology. Two notions predominate: that women's reproductive behaviour can be explained mechanically in terms of narrowly defined physiological variables such as hormones; and that in achieving or avoiding motherhood women's behaviour is explicable only in terms of the possession of a feminine psyche. What such descriptions lack is any attempt to synchronise with, or give prominence to, the accounts of reproduction available from women themselves. They also ignore the social location of reproduction (and women) by seeing maternity as a clinical and individualized entity. It is suggested that scientific paradigms of women as maternity cases reflect the ambiguity inherent in the dual biological and cultural status of childbearing. This ambiguity is personified in women who threaten cultural order by interposing nature as a condition of it. A mode of patriarchal containment is therefore called for, of which scientific paradigms are one essential element.

Ann Oakley  
Department of Sociology  
Bedford College  
University of London  
England