

PSIHOLOŠKE ZNAČILNOSTI MENSTRUACIJSKEGA CIKLUSA, NOSEČNOSTI IN DOJENJA

Janez Rojšek

O MATERINSTVU IN MENSTRUACIJI

Racamier (1959) meni, da je porod "nekaj največjega, kar ženska lahko doseže, nekaj, iz česar lahko črpa bogat notranji občutek osebnega dosežka". Dopolnjuje ga Kulenović (1984), ki poudarja, da je prvo, kar je opaziti pri psihičnem življenju zrele ženske, občutek zadovoljstva ob želji, da zanosi. Sposobnost, da zanosi in donosi dojenčka, zbudi občutek ponosa zaradi izjemne vloge, ki jo je narava namenila ženski. Možnost, da zanosi, je noseča, rodi, je dana samo ženski. Zanemarjanje ali omalovaževanje teh naravnih pojavov oziroma dejstev, nadaljuje avtor, pomeni duhovno in telesno regresijo ženske in dekadenco človeške skupnosti.

S tem smo se dotaknili pojma materinstva, za katerega Cividini-Stranić (1975) meni, da je integracija instinktivnih želja in potreb v najvišji možni stopnji potenciala ega. V sebi skriva izvor zadovoljstva: imeti otroka, ga oblikovati in biti roditelj; skriva pa tudi nove težave. Avtorica namreč poudarja, da proces interakcije nujno prebudi preteklost ženske, obnavlja stare konflikte in sproži vprašanja identitete ženske. Materinstvo je tako na eni strani progresiven, na drugi strani pa regresiven proces.

Osebnostna zrelost in trdnost določata moč in intenzivnost, s katero progresivni proces premaga regresivnega - ali pa tudi ne. Tako se v času nosečnosti in poroda kažejo nove oblike tako na področju somatskega, kot na področju psihološkega in socialnega.

V zvezi s tem Prill (1981) meni, da lahko psihični razvoj in zorenje od dekleta do matere delimo na dva dela:

- razvoj materinskosti (Mütterlichkeit) z značilnim ljubečim, skrbnim in požrtvovalnim odnosom;

- razvoj materinstva (Müterschaft), ki je povezano z dejstvom, da bo ženska postala mati oziroma je mati.

Materinskost je vtkana v temelj razvijajoče se dinamike ženskega bitja, **pogojena** s kvaliteto obnašanja in čustvenosti, ki je deloma prirojena. Razvija se z vzgojo in socialnim okoljem, pri čemer je po Prillovem (1981) mnenju hormonalni vpliv časovno zadnji. Materinskost je zanj povsem specifična človeška poteza, ki daleč presega živalsko skrb za mladiče. Ženska lahko deluje povsem svobodno. Materinskost kot občutek in delovanje je pri ženskah močnejše izražena kot pri moških, je pa pristna pri obeh. Z razvojem in vzgojo pa dobi različne razsežnosti. Materinskost je vedno usmerjena k nekemu, ki je potreben pomoči, to je lahko otrok, drug človek, žival ali rastlina. Za tistega, ki skrbi, mora biti to delovanje samozadovoljujoče in žrtvujoče. Tako avtor na podlagi številnih psihoanalitičnih študij tudi meni, da sta za razvoj materinskosti pomembna zgodnje otroško obdobje in puberteta.

Materinstvo, kot poudarja Prill (1981), opredeljuje vrsta nepreklicnih, med seboj prepletajočih se biofizioloških sprememb. Spremlja ga močno čustveno poudarjeno razpoloženje, ki omogoča, da se to materinstvo tudi realizira. Materinska ljubezen ne izbira, ampak sprejema. To je najnežnejše čustvo do tega, kar imaš, in to čustvo nikoli ne ostane brez odgovora.

Deutscheva (1945) je zgodnje otroško obdobje razdelila na dva dela:

- a. zgodnje obdobje do ojdipske situacije, v katerem si deklica predstavlja, da ima otroka z mamo. Ta faza je prototip aktivne materinskosti;
- b. obdobje ojdipske situacije, za katero je značilna dekličina želja, da bi pasivno sprejela otroka.

V zgodnjem obdobju otroci vedo, da je reprodukcija zvezana z notranjostjo telesa. Tako otroci tudi spontano fantazirajo, da je zanositev oralni proces, da je nosečnost intestinalna in da je fetus asimiliran v fekalni masi. V fantazijah o rojstvu je prisotna "evakualna fuzija". Sam odnos in rojstvo sta vizualizirana kot boleča telesna ruptura.

Telesni ustroj na drugi strani dečkom omogoča, da svoj interes iz notranjosti telesa hitreje prenesejo na zunanji svet. Aktivnost genitalnih organov jim omogoča sproščanje seksualne energije in jim tako daje zadovoljstvo. Deklica pa mora še naprej usmerjati interes v svojo notranjost. Zelo dolgo se ne zaveda svojih genitalnih organov, zato je njen interes usmerjen na idejo o otroku.

Pomemben proces, ki pripravlja deklico na materinstvo, je identifikacija deklice z mamo. Pri tem ima osrednjo vlogo igra s punčkami, s katero deklica posnema materina dela in vlogo. Identifikacija z aktivno mamo je eden temeljnih izvorov feminine aktivnosti in sprejemanja ženske vloge.

Cividini-Stranić (1975) poudarja, da je odnos med hčerjo in materjo, ki ga je do sedaj najgloblje opredelila Melanie Klein, poln ekstremne ambivalence in ga opredeljuje oralna faza razvoja. To obdobje niha med zadovoljstvom, prenasičenostjo in destruktivno, kanibalistično agresivnostjo. Pri tem lahko gre za primarno agresivnost ali le za rezultat neizogibnih frustracij.

Melanie Klein je menila, da se deklica ne ukvarja toliko z neposevovanjem penisa, kot je mislil Freud, ampak da se že zelo zgodaj zaveda, da ima nožnico in notranje organe. Ve, da jih ima tudi mati, in so bolj na delu mehanizmi projekcije in projekcijske identifikacije; ne kastracijski strah, pač pa strah, da ji bo mati pobrala reprodukcijske organe, čeravno to zavidenje in želja prihaja iz nje same. Zato tudi pri odraslih ženskah lahko opazujemo zavist med materjo in hčerko zaradi nosečnosti v obe smeri.

Jacobsonova (po Matjanovi 1997) poudarja, da se ženske vedejo, kot bi bilo njihovo celotno telo spolni organ. Libido ženske se tako prelije na celotno telo in tudi napadi nanj v smislu simptomatike so celo isti: npr. anoreksija, bulimija, pohabitev telesa. Vse te motnje so bistveno bolj pogoste pri ženskah kot pri moških.

V ojdipskem obdobju poteka drugo dejanje razvoja materinskosti: hči se odvrne od matere in se posveti očetu. Kastrativni strahovi lahko pri tem sprožijo zelo primitivne strahove zaradi fragmentacije telesa, destrukcije, oziroma uničenja. Te destruktivne fantazije najdejo svoj ventil v projekciji v mamo.

Deklica v tem obdobju že ugotovi direktno povezavo med otrokom in očetom, čeprav še ničesar ne ve o pravem poreklu oziroma nastanku otroka. Še naprej povezuje nosečnost in porod s prebavo. V tem obdobju postane mati izrazit tekmeč za očetovo naklonjenost.

V puberteti se nadaljuje integracija ženske vloge in materinskosti. Dekle pasivno pričakuje, da bo oplojeno. Temelj tega obdobja je odnos do menstruacije, ki jo dobi v tem času. Ta dogodek lahko vzbudi občutek zadovoljstva in entuziazma, saj ima dekle zdaj neposreden dokaz, da je ženska in lahko rodi. Tako genitalna faza pri ženskah ni zaključna faza razvojne linije, pač pa se nadaljuje skozi menarho in nosečnost. (Zilbach, po Matajanovi 1997).

Menstruacija tako pomeni prvo bistveno ločnico v življenju ženske, ki z njeno pojavnostjo ne more biti več otrok in z menopavzo ženska ne more nikoli več roditi, kot po rojstvu otroka ni nikoli več ena sama enota.

Skozi spolnost tako kreira novo bitje, kar pa ima vrsto posledic. Ena najpomembnejših je, da so ženske zato mnogo bolj prizemljene skozi princip realitete kot pa moški, ki se v spolnosti zato lažje prepuščajo principu ugodja (Matjanova 1997).

Zmožnost za reprodukcijo je za občutek ženskosti bistven, opredeljen pa je z notranjim prostorom oziroma notranjo vsebino, ki pri zdravi ženski pomeni tako nosečnost, rojevanje in dojenje, kot tudi občutke polnosti, topline in radodarnosti. Ta notranji prostor po svoji vsebini pomembno opredeljuje razliko med dečki in deklicami.

Druga pomembna karakteristika je vezana na biologijo, na ritem in čas. Opredeljena je s fiziološkim ritmom menstruacije, biološko uro pa opredeljuje čas od menarhe do menopavze ženske, ki določa rodnost.

Pri tem je v adolescenci pomembnejši notranji prostor, ki ga opredeljujejo maternica in fantazije o možni nosečnosti, kasneje pa je pomembnejša biološka ura in v menopavzi postaneta travmatična oba fenomena. Vsekakor pa ritem menstrualnega cikla in čas 9 mesecev nosečnosti daje ženski poseben občutek za čas, četudi ni noseča.

Matjanova (1997) poudarja, da menstruacija leta dolgo meri ženski čas, vendar so ta leta omejena. Ambivalenca o materinstvu postaja z leti, ki minevajo, močnejša. Zaradi tega minimalno žalovanje lahko spremlja vsakokratni nastop menstruacije. Ženska se lahko počuti oropano za izkušnjo nosečnosti, kljub temu da ne namerava v tem obdobju biti mati. Matjanova nadaljuje, da lahko skozi ta očala razumemo tudi pomen, ki ga ima za žensko maternica, in pa travmatičnost ob histerektomiji. Ne glede, koliko stara je in ali je že rodila ali ne, se ženska maternici težko odpove in proces žalovanja se pričinja že pred operacijo. In končno naj bi tudi menopavzo večina žensk doživela kot izgubo. Posledično se zmanjša tudi občutek lastne vrednosti. Sebe bolj doživljajo kot mater in ne več kot potencialno spolno partnerko.

Pogosteje je opaziti ambivalenco ali celo regresivno doživljanje menstruacije (obremenitev zaradi krvi, ekvivalenta za uriniranje ali fekalno izločanje, povezano z gnusom in krivdo itd.). Vse to lahko sproži strahove kastrativne narave.

Lahko pride tudi do težav, povezanih z endokrinimi in avtonomnimi spremembami, ki imajo pomembno vlogo pri oblikovanju slike telesa (dlakavost, razvoj dojk). S tem so povezana vprašanja defloracije, odnosa med seksualnim uživanjem in reproduktivno funkcijo itd.

Na tej točki se ob biološkem in psihološkem procesu ter procesih učenja močno in pomembno vključujejo v dogajanje družbene, kulturne, religiozne norme, običaji in verovanja, kar pa po mnenju Kapor-Stanulovičeve (1985) pomeni še bogato področje raziskovanj.

Občutje telesnega neugodja spremlja dekleta pri **predmenstrualni napetosti** in **boleči manstruaciji (dismenoreja)**. Tretja možna oblika pa je popoln izostanek menstruacije, znan kot **amenoreja**.

Obsežne raziskave v zadnjih desetletjih kažejo, da na omenjeno problematiko vplivajo raznovrstni dejavniki, tako od anatomskih nepravilnosti do endokrinih faktorjev ter faktorjev psihološke narave, ki delujejo interaktivno, po principu cirkularne vzročnosti. Delovanje določenih dejavnikov le v določeni interakciji, v določenem kontekstu vodi do motenj.

Psihološki dejavniki, ki so jih najpogosteje obravnavali pri primarni dismenoreji (boleči krči pri menstruaciji brez ugotovljenega organskega vzroka), so bili negativna stališča do menstruacije, neustrezna priprava na menstruacijo ter pomanjkljiva informiranost, določene osebnostne lastnosti oziroma struktura in stresni vplivi. Vsi ti dejavniki so pomembno določali razlike v primerjavi z dekleti in ženami, ki pri menstruaciji niso imele težav.

V etiologiji dismenoreje pripisujejo materi osrednjo vlogo za hčerino dismenorejo. Ugotovitve kažejo, da imajo matere in njihove hčere podobne vzorce menstrualnih težav. Pogosteje imajo matere z dismenorejo hčere z istimi težavami. Tu igrajo pomembno vlogo tako materina negativna stališča do menstruacije, ki peljejo v pomanjkljivo pripravo in informiranost hčere o menstruaciji, kot samo materino odzivanje na menstruacijo v obliki pričakovanih menstrualnih bolečin ter temu ustrezno vedenje, razpoloženje in pripombe itd. Ugotavljajo nadalje, da so tudi ženske z dismenorejo pogosteje edinke, katerih mati je bila zelo zaščitniška, zaskrbljena in je razvajala svojega otroka. Tako naj bi matere, ki ne želijo izgubiti svojih hčera, vzpodbujale doživljanje menstruacije kot bolezni. To pa potrjuje stališče Helene Deutsch (1945), ki navaja, da označitev menstruacije kot bolezni pomaga pri pobegu občutkom sramu, ki spremljajo menstruacijo. Še pomembneje pa je, da se s tem izogne seksualnemu pomenu, ki ga ima menstrualni proces in s tem negira tudi vznemirjajočo vsebino, ki se nanaša na prihodnost. Bolečina je tako po njenem mnenju izraz konflikta, ki se mu ženska zavestno izogne in ga izrazi na telesni ravni.

Tako je bolečina pri menstruaciji izraz negiranja konfliktov, večinoma povezanih s spolnostjo. Sem prištevajo predvsem reakcijo odpora do fizičnih stikov, pogosto prisotno spolno hladnost, redkejšje doživljanje orgazma, pogostost frigidnosti ter seksualne neaktivnosti, strah pred zanositvijo, pogostejše doživljanje spolnega odnosa kot sramotnega itd. (Luban-Plozza in sodelavci, 1993, Karpljuk 1997 in drugi).

Aktualnost psiholoških vprašanj tovrstne problematike nakazuje 315 člankov v času od januarja 1990 do februarja 1996 (Whissell 1996), v zadnjih dveh letih pa čez 50 člankov. Da pa bomo lažje razumeli njihovo različnost in včasih celo kontradiktornost v opredeljevanju osebnostnih svojstev in motenj, moramo izhajati iz spoznanja, da to niso enovite, zaokrožene skupine, temveč srečamo v njih dva različna tipa. Na eni strani so to ženske s pregenitalno

fiksacijo, pri katerih je v ospredju proces somatizacije, značilen za prvo leto življenja, z večjo uporabo obrambnega mehanizma razcepa, ob slabši telesni samopodobi, z motenim procesom ponotranjenja ter sproščanjem emocionalnih stisk preko telesa.

Druga skupina je vezana na genitalno fiksacijo, kjer gre za simbolni izbor organa (npr. maternice) oz. procesa (menstruacije), torej za obdobje razvoja, ko je deklica že odkrila spolne razlike (od 3. leta dalje) in predvsem preko identifikacije z materjo oblikuje odnos do menstruacije s hkratnim nezavednim "bolečim ali nebolečim" pričakovanjem (Pajntar in sod. 1981, Rojšek 1990). Ravno pričakovanje bolečine in ob tem prisoten strah lahko povzročita bolečino, in sicer s pomočjo procesov selektivne pozornosti in selektivne percepcije znakov med menstruacijo. Ob tem strah vpliva tudi na to, da se tako mišice nasploh kot tudi mišice maternice in materničnega vratu skrčijo, kar lahko vodi v večje krče med menstruacijo in s tem močnejše bolečine.

Izhajajoč iz teh spoznanj, lahko vidimo, da nekateri avtorji tako odkrivajo pri ženskah z dismenorejo več nevrotičnega, anksioznosti, histeričnosti, prevladujoč tip A obnašanja (večjo agresivnost, usmerjeno vase, večjo težnjo po dosežkih, po kontroli, tekmovalnosti itd.); drugi pa ob povečani depresivnosti odkrivajo manjšo avtonomnost, večjo odvisnost, ogroženost in željo po varnosti, slabšo samopodobo, kljub navzven prikazovani "boljši prilagodljivosti" pa tudi socialno introverzijo, nižje samovrednotenje itd. Tako te ženske z veliko verjetnostjo projicirajo v menstrualni cikel slabe predstave selfa in/ali (introjiciranega) objekta, kar jim pomaga znebiti se teh nesprejemljivih, nepredelanih vsebin. Prednjačijo tako predvsem negativne emocije, kot so občutje krivde, tesnoba in depresija.

Torej ni naključje, da so ženske v menstrualnem ciklu zelo občutljive na stresne dogodke. Menstrualni cikel je uravnan s hormoni in stres vpliva na spremembe v endokrinem sistemu ter s tem povzroči spremembe v značilnostih menstruacije. Stresne vsebine, ki pobujajo dismenorejo, so predvsem pomanjkanje spanja, ekstremni športni napor, osamljenost, emocionalna deprivacija, zaključevanje šolanja, anticipacija službe, konfliktnosti vloge, prekinitve jemanja oralne kontracepcije, separacije, kot sta prvi odhod od doma (npr. zaradi šolanja) in prekinitve partnerske zveze oz. začetek partnerskega odnosa, prvi spolni odnos, študijski izpiti itd. (Dickstein 1984, Karpiljuk 1997).

Skozi menstrualni cikel opazujejo tudi nihanja v razpoloženju. Tako sta Henderson in Whissel (1997) ugotovila, da se pozitivna razpoloženja pojavijo ob času ali okoli časa ovulacije in negativna razpoloženja ob času ali okoli časa menstruacije. Pri tem sta opazila natančno opredeljene spremembe razpoloženja, ki so karakteristične le pri ženskah, ki so označile svoje

doživljanje predmenstrualnega nelagodja kot "trpeče", in ne pri ženskah, ki so ga označile kot milo.

Skupina avtorjev z Allensom na čelu (1996) pa je ugotovila, da se pri kadilkah predmenstrualna simptomatika in pa umik vaze pojavita v intenzivni obliki v pozni lutealni fazi. Prav tako se v tem obdobju povečajo hrepenenje, razdražljivost, nemirnost pa tudi apetit in depresivno razpoloženje. V celoti pa se je pokazalo, da je simptomatika blažja v folikularni fazi, kar kaže, da je to lahko primeren čas za opustitev oziroma prenehanje kajenja. V tem okviru Allen (1996) v samostojni študiji ugotavlja, da so alkoholičarke pomembno več pile v predmenstrualnem obdobju kot v drugih obdobjih meseca.

Nadalje ugotavljajo, da se povečata intenzivnost in frekventnost puljenja las med menstruacijo (Keuthen in sod. 1997). Zmanjšana odpornost proti stresu in infekcijam ter povečana bronhialna hiperaktivnost pa so lahko vzrok za resnejšo pojavnost astme med menstruacijo (Mirdal 1998).

V zadnjem času se ukvarjajo tudi z nevropsihološkim statusom žensk s predmenstrualnim sindromom, kjer so Keenan in sod. (1997) proučevali predvsem spomin in pozornost in ugotovili fazno neodvisno, milo poslabšanje spomina. Resnic in sod. (1998) pa so pri obsežnem proučevanju nevropsihološkega funkcioniranja (psihomotorna hitrost, pozornost, verbalno učenje in spomin) žensk s predmenstrualno disforično motnjo ugotovili komaj opazno psihomotorno upočasnjenost v pozni folikularni fazi.

Predmenstrualna napetost po mnenju Stoppardove (1990) ni povezana z menstruacijskimi bolečinami. Nadaljuje, da je pri mnogih dekletih predmenstrualna napetost precej več kot le razdražljivost, potrnost in nagnjenje k jokavosti. To je cela zbirka simptomov, ki je od dekleta do dekleta drugačna; veliko pa jih toži o rednem pojavljanju nekaterih od naslednjih znakov:

- glavoboli,
- bolečine v sklepih,
- ponavljanje alergij,
- nezmožnost koncentracije,
- nepotrpežljivost in vzkipljivost,
- občutek, da je ves svet proti tebi,
- telesna okornost in nagnjenost k nezgodam,
- nezmožnost povezovati besede ali najti pravo besedo,
- depresija,
- povečana teža,
- nespečnost.

Ob psihosocialnih faktorjih igrajo pri tovrstnih težavah pomembno vlogo telesne značilnosti in fiziološki dejavniki.

Izostanek menstruacije (amenoreja), ki je v večini posledica organskih ali hormonalnih motenj, s psihološkega vidika po kliničnih izkušnjah in raziskavah povezujejo predvsem z oralno – posesivno ter agresivno – ekspanzivno zavrtostjo s poudarjeno simbiotično vezanostjo ter identitetnimi težavami oz. pomanjkljivo oblikovanim selfom (Rojšek 1995).

NOSEČNOST

Kapor-Stanulovičeva (1985) poudarja, da je nosečnost strokovno širše obravnavana v literaturi s treh vidikov:

1. psihiatričnega, kjer opisujejo vse karakteristike psihiatričnih motenj v zvezi z nosečnostjo in porodom, včasih pa iščejo tudi njihove vzroke;
2. psihoanalitičnega, kjer z vidika psihoanalize opredeljujejo pomen nosečnosti v življenju ženske;
3. psihološkega, kjer proučujejo variable osebnosti glede na različen potek nosečnosti in poroda.

Breen (1975) deli tekste o nosečnosti zaradi boljšega razumevanja dinamike psihološkega dogajanja med nosečnostjo in neposredno po njej na dve skupini:

1. študije, ki vidijo nosečnost in rojevanje kot nekakšno težavo, prepreko, neprijetnost, ki jo je treba predvideti, da bi se nato ženska lahko vrnila v “zdravo”, prednosečno stanje oziroma obdobje ;
2. študije, ki opredeljujejo nosečnost kot obdobje, v katerem obstajajo možnosti za razvoj in rast osebnosti ženske.

Bibring (1961) poudarja, da je nosečnost “normalna kriza”, kriza, ki v ugodnih razmerah omogoča zorenje. Meni pa, da je najintenzivnejše razvojno obdobje šele po otrokovem rojstvu.

Razvojne spremembe se nanašajo predvsem na spremembe odnosov z najbližjimi, materjo nosečnice, možem; na spremembe, zvezane s sprejemanjem biološke ženskosti, ko se ženska neposredno sooča s svojimi biološkimi lastnostmi; na spremembe statusa - od hčera staršev do matere otroka, od soproge do soproge in matere; in končno na postopno prilagajanje in sprejemanje same vloge matere bodočega otroka (Kapor-Stanulović 1985).

Nosečnost je v globoko simboličnem smislu nadaljevanje koitusa in tako zadrži, kot meni Ferenczi (1934), del njegovega pomena. Pri tem inkorporirani objekt (sperma) direktno “predstavlja” moški penis in moškega samega. Fizično inkorporacijo spremlja psihična inkorporacija. Pomen te inkorporacije je različen, kot so različne reakcije, ki jih sama v skladu s sprejemanjem ali odklanjanjem nosečnosti, zakonskega odnosa itd. spodbudi (Cividini-Stranić 1975).

Doživljanje nosečnosti je s pozitivnih vidikov (blaginja, zaščita) in negativnih vidikov (tesnoba in simptomi) regresivno. Vendar nosečnica ne prenese dobro, če spodbudi prejšnjo aksioznost in občutke krivde (Cividini-Stranić 1975, Mrđenović 1987).

Temeljna drža v nosečnosti je oralna, kar kaže na arhaično dožemanje nosečnosti kot posledice oralne oploditve. Slabost, bruhanje, velika želja po hrani, bulimija, lakomnost in povečano delovanje žlez za izločanje sline so samo variacije na temo oralne ambivalence. Pri tem lahko nosečnica doživlja prihajajočega otroka kot oralnega konkurenta.

Izkušnje iz materinega analnega razvojnega obdobja se lahko v nosečnosti kažejo z obstipacijo ob sicer prevladujoči normalni tendenci k retenciji, neuspeh pa nakazuje diareja ali celo prezgoden porod.

Ko postane fetus sestavni del materinega telesa, se pogosto pojavi občutek zmagoslavne polnosti, ki spominja na idejo o prihodu otroka - penisa, ki naj bi izpolnil prvotno nepopolnost ženske.

Nosečnost spodbudi žensko, ki se posveti svoji notranjosti z ljubeznijo do svojega telesa in fetusa, katerega anabolizem zahteva vso njeno energijo. Zato se nekatere nosečnice počutijo izredno prijetno v pravem narcističnem pomenu. Druga skrajnost so ženske, katerih narcizem se povsem osredotoča na ohranjanje nespremenjenega videza telesa. Težko namreč sprejemajo spremembe telesa, ki jih prinese nosečnost, in trpijo zaradi predstave o svojem lastnem telesu.

Psihološke značilnosti razvojnih obdobj v nosečnosti

Prill (1981), Hertz in Molinski (1981) poudarjajo, da v posameznih obdobjih nosečnosti poleg somatske spremembe nastopajo še značilne duševne spremembe z individualnimi variacijami. Vsaka ženska prinaša v nosečnost določen način doživljanja in ravnanja in morebitne konflikte, ki se kažejo z organskimi disfunkcijami, in obratno, organski procesi, ki se zaradi nosečnosti spremenijo, mobilizirajo različna emocionalna nagnjenja.

Na drugi strani pa organske nosečnostne spremembe mobilizirajo tudi doživljanje s skupnim dinamičnim ozadjem, ki pa ni direktno povezano z nosečnostjo.

Prva zrelostna faza ali trimesečje sega od spoznanja ženske, da je noseča, do prvega otrokovega premika. Ekscesivne hormonske spremembe so lahko eden izmed vzrokov za razpoloženska nihanja in psihične spremembe v tej fazi. Sicer pa je, poudarja Bibring (1961), na začetku nosečnosti v ospredju povečana "libidозна usmerjenost na jaz", s katero

skuša ženska integrirati novo življenje. Pri tem plod že zelo zgodaj postane psihični objekt, ki ga pa še ne oblikujejo osebne lastnosti. Avtorji menijo, da embrio še ni objekt notranjega psihičnega odnosa, zato pravočasna prekinitve nosečnosti še nima večjega psihološkega pomena. Na začetku nosečnosti nosečnica še nima emocionalno relevantne zavesti, da je to novo življenje. Šele, če zmaga strah pred otrokom in začne ženska premišljevati o splavu, postane plod psihični objekt (Hertz in Molinski 1981). Ko bodoča mati zazna prve srčne utripe še nerojenega otroka, doseže svoj "višek".

Ženska se ob spoznanju, da je noseča, odloči, ali hoče biti noseča ali ne. S tem aktivira nosečnostni konflikt. Nosečnica se mora odpovedati delu svojih narcističnih tendenc in se prepustiti nalogam materinstva, ki jih pogosto občuti kot pasivno altruistične.

Ta včasih težka in dolga pot notranje ambivalence se kaže s številnimi subjektivnimi pritožbami. Prva reakcija na nosečnost je pogosto stanje, imenovano *nausea*. Gre za občutek omotičnosti, ki pa ni slabost ali bruhanje. Hertz in Molinski (1981) poudarjata, da se ne začnejo vse omotičnosti s hipersalivacijo (čezmerno izločanje sline, slabost ali bruhanje), tudi vse nosečnosti se ne začnejo z *nauseo*.

Ob prvi misli na nosečnost je ženska zmedena, boji se, lahko pa se čuti izpolnjeno ob misli, da nadaljuje generacijsko verigo. Tako lahko razvija občutek večnosti in minljivosti, doživljanja lastne nemoči v primerjavi z vsemogočno naravo. Pogosti so dvomi, ali se bo njena želja po otroku sploh izpolnila ali ne. Tako z dvomi prežeto doživljanje večinoma mine, s tem da ženska nosečnost preprosto akceptira in jo ima za samoumevno.

Povsem drugače je pri motenih ženskah in ženskah, ki imajo z odosom do narave in usode težave in so nagnjene k poudarjenemu občutku neizogibnosti. To pa je po mnenju Hertza in Molinskega (1981) pogosto psihološko ozadje za *nauseo* brez slabosti, za omotico v smislu mikrosimptoma.

Prill (1981) zato zatrjuje, da so zelo pomembna pričakovanja, ki jih ima nosečnica v zvezi s prihodostjo, saj v njih odseva temeljna osebna usmerjenost, ki pomaga pri predelavi ambivalence, kar pa zahteva aktivno psihično zorenje. Tako ženske, ki gledajo v prihodnost z zaupanjem, najlažje obvladajo duševne zahteve, ki jih prinaša nosečnost.

V prvem obdobju nosečnosti se nosečnica kaj kmalu tudi sooči z materinskimi nalogami. Oblikovanje notranje slike materinstva se na eni strani nanaša na nosečnico samo, na drugi pa na najbližje socialno okolje.

Nosečnica razmišlja o tem, kako bo pripravila otroško sobo, o nakupovanju otroških stvari itd., ob tem pa se veča tudi zahteva po skrbnosti, nežnosti do otroka in obvladovanju nege otroka. Ko v nosečnici oživi materinska

podoba, se sooči tudi z odnosom do matere. Iz potrebe po pomoči se razvije zahteva po skrbni in predajajoči se materi. Včasih pa je lahko prav mati breme in nosečnica pogosto izbere koga drugega, da ji zamenjuje mater.

Z nastopom "imagea matere" se spremeni tudi slika lastne ženskosti, zato se pogosto spremenita tudi seksualno doživljanje in odnos do moža. Seksualna zahtevnost se lahko v nosečnosti sprva celo poveča, saj ni več strahu pred zanositvijo. Zaradi telesnih sprememb je nosečnica genitalno bolj vzburljiva, sama nosečnost pa zmanjša občutek krivde.

Pozneje se lahko seksualno doživljanje zaradi predsodkov zmanjša, ne da bi bile za to kakšne fiziološke potrebe oz. nevarnosti. Ne gre za to, ali je želja po koitusu manjša ali večja, ampak se, kot menita Hertz in Molinski (1981), seksualni odnos tudi kvalitativno spremeni, ker se vsebinsko spremeni odnos do moža. Moški nastopi v novi vlogi, ker sta telo nosečnice in njena usoda najgloblje povezana z očetom njenega otroka. Pri tem pride v odnosu do moža in pri seksu pogosto do tesnejše povezanosti.

Da bi bila bodoča mati kos altruističnim nalogam, teži po večji varnosti, zavetju, sprejetosti in pomoči ter individualnem razumevanju njene osebne situacije. Pri tem imajo pomembno vlogo tako starši in prijatelji kot tudi otroci in tašča, posebnega pomena pa je moževa podpora (Kitamura in sod. 1998). Zato bolj kot prej doživlja moža kot zaščitnika in skrbnika. Samo najintimnejši odnos ji omogoča imeti dobrega zaščitnika in skrbnika. Zato hoče imeti z njim seksualne odnose tudi v nosečnosti. Torej ni več v ospredju genitalna želja, ampak potreba, da je blizu svojemu možu in da jo notranje zadovoljuje in pomirja, ko ga zadovolji.

Kulenović (1984) poudarja, da je očetova navzočnost v družini in v otrokovem življenju zelo potrebna, predvsem pa je to naravna potreba v današnji organizaciji človeške skupnosti. Ta potreba ima svoje socialne, psihološke in biološke vidike, ki opredeljujejo eksistenčno skrb za otroka. Oče tako kot mati obogati otrokovo življenje in dopolnjuje družino, v kateri otrok išče varnost, zanesljivost, podporo, vzore in posebljenje moralnih norm. Skupaj z materjo oče ohranja stabilnost in omogoča otroku ustrezno identifikacijo.

Moški se na ženino nosečnost in porod ter s tem na prihajajoče očetovstvo različno odzivajo. Tudi moški preživljajo v času, ko pričakujejo otroka, specifično življenjsko obdobje. Tako kot bodoča mati tudi moški začne oblikovati svojo identiteto očeta pred otrokovim rojstvom. Najbolj dramatično doživljanje prihajajočega otroka in očetovske vloge - ponavadi na koncu nosečnosti - lahko privede celo do manifestacije psihotičnih značilnosti iz kroga paranoidnega reagiranja (Kulenović 1984, Kapor-Stanulović 1985). Take motnje, ki pa niso zelo pogostne, se ponavadi pojavijo pri zelo odvisnih

moških, ki so močno navezani na mater in se šibko identificirajo z očetom. Ženske v teh zvezah so ponavadi posesivne in vse dogajanje v družini drže v svojih rokah. Odvisni mož, bodoči oče, pa vidi v prihajajočem otroku predvsem konkurenta, nasprotnika.

Bolj pogosta reakcija na ženino nosečnost so somatske motnje in težave, predvsem motnje prebavnega trakta, ki jih ima okoli 20% moških (Kulenović 1985, Bogren 1983, 1984). Nekoristnost, nepomembnost in odrinjenost poudarjeno doživljajo ti moški v času nosečnosti in poroda. Nezavedno izzovejo somatske težave psihogene narave, zato da bi pritegnili več pozornosti v času, ko je vse usmerjeno k nosečnosti oziroma porodnici in dojenčku. Sindrom kuvada, kot imenujemo vse naštete težave, je bolj pogost pri starejših moških, ki so izredno navezani na mater in se z njo identificirajo.

V drugem trimesečju se nosečnica, z razliko od prvega trimesečja, ko je usmerjena navzven, usmeri vase. V resnici gre, kot pravita Hertz in Molinski (1981), za koncentracijo psihičnih moči oziroma sil. Telesne spremembe so v tem obdobju jasnejše, povečajo se prsi in poveča se zarodek, s tem pa se spremeni telesna slika. Ženska lahko sama otipa povečan uterus in začuti gibanje otroka. Jasno ji postane, da je otrok bitje, ki ga bo morala nekega dne predati življenju.

Feldmann (1977) meni, da v tem obdobju pride do pomembnega obrata v doživljanju telesa, demonstracija nosečnosti navzven pa je emocionalno izredno pomemben dogodek. Nosečnica trebuha ne doživlja več kot trebuh, ampak kot otroka. Občutek ima, da raste otrok "naprej", ona pa je "za otrokom". Tako je otrok opredeljen kot samostojna celota zunaj telesne celote, s čimer pa je premagana primarna biotično-narcisistična povezava mati-otrok. To pa pomeni hkrati pripravo na porod in na kasnejši odnos med materjo in otrokom.

Vse spremembe, ki se jih nosečnica zaveda, pomenijo zanjo tudi to, da ne more več gospodariti s seboj in da se ne more upreti neizogibnemu naravnemu dogajanju. Lahko samo čaka in to tudi mora. Duševno se pripravlja na bližnji porod in naloge materinstva.

Pri tem bolj ali manj zanemari tudi dotedanje interese in stike z okoljem, ni več tako aktivna pri gospodinjstvu, ne zanima se toliko za že živeče otroke, distancira se v odnosu do moža itd. Lahko se mobilizirajo intenzivnejši občutki odvisnosti od matere. Nosečnica je občutljivejša, manj kontrolira afekte, zato lahko hitro reagira prenapeto.

Močnejše se kaže njeno notranje doživljanje, fantaziranje, ki vodi do določenega sanjskega zoženja zavesti. Interesi, odvrnjeni od zunanjega dogajanja, se obrnejo k tistemu delu materinega jaza, ki predstavlja psihično

reprezentanco biološkega preobrata, ki se materializira v fetusu. Fantazije in predstave o bodočem otroku so pogosto povezane z lastnim otroštvom. Predstave, da bo to idealen, popoln otrok, so večinoma izraz lastne idealne slike, ki ni bila realizirana.

To zoženje oz. popolno usmerjenost duševnega doživljanja opredeljujejo Prill (1981), Hertz in Molinski (1981) kot "fiziološko tendenco k introverziji".

Hkrati postane ženska-bodoča mati značilno stremuška, zahtevnejša in močnejša pri vsem, kar neposredno zadeva otroka in priprave na otroka. Posebej poudarjajo omenjeni avtorji, da pride v resnici do koncentracije psihičnih sil, čeprav postaneta organizacija jaza in organizacija nagonov zaradi omenjenih oblik formalno ohlapnejša. Prestrukturiranje organizacije ega in nagonov namreč omogoča prilagoditev novim nalogam. Zato po njihovem mnenju ni mogoče govoriti o regresiji ega in nagonov.

Res pa psihične spremembe spremlja šibkost ega, mnogi psihonevrotični simptomi in dovtetnost za strah pa so v drugem trimesečju izrazitejši. Povečana občutljivost in afektivna labilnost lahko postaneta patološki. Odkrita ali prikrita upornost lahko privede do težav v odnosih z ožjim ali širšim socialnim okoljem, predvsem z možem. Ženske, ki v prvem trimesečju nimajo težav, se lahko ob konfrontaciji z novimi nalogami in obveznostmi odzovejo z depresivno reakcijo - utrujenostjo, manjšo vitalnostjo in sposobnostjo koncentracije ter manjšo sposobnostjo udejstvovanja in čustvovanja. Prill (1981) pri tem opozarja na nevarnost, da bi take težave takoj obravnavali psihofarmakološko. Čas za predelavo, individualni in skupinski razgovori v materinski šoli, ustrezna literatura ter razumevanje in podpora moža so po njegovem povsem zadostna in uspešna terapija.

Na koncu drugega trimesečja lahko pride pri nosečnicah tudi do EPH gestoze, kjer je celo v somatskem pogledu še veliko nejasnosti pri etiologiji in patogenezi, klinične izkušnje in dosedanje raziskave pa nakazujejo tudi vzročni pomen psihosocialnih dejavnikov.

V tretjem trimesečju, predvsem pa v zadnjih tednih nosečnosti, so najpomembnejši telesni problemi, tako da postane otrokov obstoj v maternici zelo konkreten, jasen. Premikajoči se zarodek postaja kot sam svoj objekt vse bolj realen. Narcisistična zveza mati-otrok se vse bolj rahlja. Ego psihično zdrave ženske si želi, da bi že minil tisti dan, ko bo lahko uresničila dotlejš samo čustven in pričakovan odnos do otroka. Sili jo, da svoje materinstvo praktično preskusi, realizira (Hertz in Molinski 1981).

V tem obdobju pojavljajoča se bojazen matere, kot kažejo študije (Groome in sod., 1995), pomembno vpliva na vedenje fetusa. Tako so pri materah z visoko stopnjo bojazni ugotovili, da fetusi preživijo pomembno

več časa v tistem spanju in kažejo manj vsesplošnega gibanja telesa med aktivnim spanjem, kot je sicer to značilno za fetuse mater z nizko stopnjo tipičnih bojazni za nosečnost.

Na drugi strani pa postane stanje težje tudi zato, ker se nosečnica ne more niti pravilno skloniti, kar poveča napetost. V tem stanju skoraj vako žensko obhajajo nestrpne misli: "Sedaj je dovolj, tega sem sita, hočem se ga rešiti." Taki jezni in agresivni občutki so namenjeni stanju, ne pa otroku, zato ne zbujajo občutkov krivde.

Potrebe po seksualnem odnosu v tem obdobju velikokrat izginejo, saj je odnos neugoden. Si pa ženska v visoki nosečnosti vendarle želi koitus že zato, da bi ohranila in si zagotovila skupnost z možem. In ker nevarnosti infekcije ni, kot je sicer splošno razširjeno mnenje, lahko v ustreznem bočnem položaju svoje želje tudi uresniči.

V pričakovanju poroda se pri ženskah povečajo težnje po varnosti in zavetju. Porodniški dopust lahko te težnje v veliki meri zadovolji. Prav gotovo postane ženska v tem obdobju bolj odvisna. To pa lahko pri moškem, ki je navajen ženine neodvisnosti, samostojnosti in podjetnosti, povzroči težave. V tem obdobju se neredko pojavljajo abdominalne bolečine, ki so sicer redkejše kot v zgodnji nosečnosti, zahtevajo pa antidepresivno obravnavo.

Če imamo materinstvo za krizo, pomeni porod njen vrhunec (Bibring 1961, Mrđanović 1987). Konec nosečnosti označuje reaktivacija ambivalence v povezavi z retencijo in ekspulzijo. Pravočasen porod zahteva blago prevlado ekspulzivnih sil nad retencijskimi tendencami. Ta ambivalenca med ekspulzijo in retencijo je povezana z "rekatekso" zunanjega sveta, kar pogosto nakazujeta kompulzivno nakupovanje in priprava opreme za dojenčka ter spominja na instinktivno vedenje nekaterih ptic v reproduktivnem obdobju.

Bibring (1961) zatrjuje, da pomeni porod konec narcisističnega obdobja nosečnosti, v kateri je ženska doživljala, da sta z otrokom eno. Telesno ločitev otroka - čeprav je objektivni odnos zagotovljen že prej - doživlja mati na določen način kot travmo, prekinitvev ali kastracijo z vso njeno anksiozno vsebino. Na tem nivoju gre v glavnem za analno fazo doživljanja. Porod mora posebej omogočiti svoboden izraz globoko vsajene tendence k izločanju, ki je agresivno destruktivne narave.

Anksioznost, ki je prehodna, je povezana z možno nevarnostjo poškodbe dojenčka ali matere oziroma materinega telesa. Te tesnobe poglobljajo tesnobo nosečnosti, zlasti tiste, ki je zvezana z možno prizadetostjo otroka in se direktno povezuje z materino ambivalenco do prihajajočega otroka (Cividini-Stranić 1975).

Rank (1929) meni, da je mogoče porod v končni fazi doživljati tudi kot najglobljo regresijo, saj se nosečnica identificira z otrokom in ponovno doživlja travmo lastnega rojstva. V bistvu fantazije, povezane z rojevanjem, vselej vključujejo otrokovo in materino doživljanje rojstva.

Porod sestavljajo štiri porodne dobe; Pajntar (1964) meni, da sta psihološko zanimivi samo prvi dve. Popadki namreč delujejo na podlagi inervacije vegetativnega živčnega sistema. Simpatična inervacija zavira ekspanzijo ploda, parasimpatična pa stimulira mišičje za ekspanzijo.

Če so intervencijski procesi v **prvi porodni dobi** pod vplivom tenzije, če so impulzi pod vplivom strahu in če je porodnica izredno nagnjena k aktivnosti, izgubi porod svojo normalno spontanost in poteka nepravilno.

Prevelika pasivnost pa lahko po drugi strani povzroči motnje pri dilataciji, tako da so popadki bolj redki, počasnejši ali pa jih sploh ni.

Pajntar in sodelanci (1977) so pripravili faktorski sistem inducirane prve porodne dobe pri stotih (100) primiparah in pri tem obdelali 39 manifestnih somatskih variabel inducirane prve porodne dobe in psiholoških manifestnih variabel. Ugotovili so, da faktorska matrika prve porodne dobe primipar vsebuje 13 med seboj neodvisnih faktorjev, ki so razporejeni po hierarhični vrednosti oziroma po deležu in pomembnosti pojasnjevanja variance (76%) v sistemu variabel prve porodne dobe.

V tem sistemu je 5 psiholoških faktorjev, ki so jih opredelili na podlagi psihološkega pregleda (Rorschachov psihodiagnostični preiskus, OI test - osebnostni del, MMQ - vprašalnik osebnosti) in so razporejeni po naslednjem hierarhičnem redu:

- F3 - faktor situacijske prilagojenosti,
- F5 - faktor nevrotizma,
- F6 - faktor emocionalnega doživljanja,
- F10 - faktor strukturalnega psihonevrotizma,
- F11 - faktor obsesivne usmerjenosti.

S tem so dokazali, da so ugotovljeni psihološki faktorji glede na hierarhični vrstni red zelo pomembni za potek poroda, nanj pa delujejo samostojno po lastnih zakonitostih in poteh. Pri praktičnem delu pomeni to predvidevanje, kontroliranje in usmerjanje poteka inducirane prve porodne dobe na podlagi 13 pomembnih psihosomatskih faktorjev.

Situacija je drugačna v **drugi porodni dobi**, ko mora ženska tudi fizično sodelovati. Šok zaradi bolečin in ekscitacije motorne aparata praviloma zmanjša sposobnost sprejemanja dražljajev iz zunanjega sveta. Komunikacija med egom porodnice in okoljem se reducira samo na stvari, ki so direktno povezane s porodom. Med obdobjem zmanjšane zavestnosti je lahko nezavedno še močnejše. Ponavadi se začeti porod zaradi tega ustavi. Popadki postanejo premočni ali preslabi, ne delujejo ob pravem času ali pa delujejo paradokсно.

Pajntar (1964) tako poudarja, da lahko v nekaterih primerih ženska celo neha sodelovati pri porodu. Pred naraščajočim strahom in bolečinami se varuje s tem, da postane pasivna. Nekatero žensko so tudi sicer izredno pasivne. So le nosilke ploda, se ne počutijo njegove lastnice in zato niso odgovorne za to, kar se bo zgodilo. Pomagali jim bodo drugi. Gre samo za to, da ohranijo sebe in dokažejo, da so zmožne roditi otroka.

Druge ženske pa hočejo ohraniti aktivnost, s tem da delujejo ob nepravem času in povzročijo zmedo v kontrakcijah. Ta prehod femininosti v maskulino se po mnenju Pajntarja (1964) med porodom kaže v povečani aktivnosti in lahko povzroči zastoj poroda.

PSIHOLOŠKI DEJAVNIKI IN DOJENJE

Relativno manj raziskano področje v porodništvu so psihološki dejavniki pri dojenju, čeprav psihoterapevti, psihoanalitiki in psihodinamsko orientirani teoretiki osebnostnega razvoja dojenju pripisujejo osrednji pomen pri razvoju človekove osebnosti.

Dojenje je izredno pomembno za otrokov osebnostni razvoj. Otrok doživlja med dojenjem občutek prijetnosti oz. neprijetnosti, občutek varnosti, topline in sprejetosti. Pri tem se poraja zainteresirano za okolico, želja po integriteti s svetom, to je intencionalnost. Moten razvoj v tem obdobju povzroča pri otroku čustveno hladnost, praznost, neudeležnost v socialnih kontaktih in nesposobnost čustvenega navezovanja, ki se lahko izraža v šibki strukturi ega (Spitz 1962).

Uspešno dojenje pomirja in omogoča odvajanje (separacijo), saj gre za simbiozo dveh, istočasno pa opredeljuje tudi otrokov odnos do njegovih potreb. Porajajoči zobje in grizenje namreč povzročajo bolečino, ki lahko pogojuje odstranitev od prsi in s tem tudi izkušnjo, da je njegovo agresivno vedenje in potreba lahko razdiralna, destruktivna. Postopno, ne prehitro odlaganje oz. odstranjevanje od prsi pa lahko pobudi pri malčku zaželeno socialno učenje.

Izredno važno je dojenje tudi za mater samo, za njen odnos do otroka, ki ga je rodila, ga sedaj doji in ga bo morala vzgajati. S tem ji je dana možnost identitete. Emocionalno doživljanje laktacije, ki dovoljuje procese identifikacije med materjo in otrokom, postopoma pospešuje proces integracije z normalnim materinstvom, nudi pa tudi telesno ugodje. Zgubljanje mleka interferira z razvojem materinstva. Prav tako pa neuspeh v materinstvu, ki ima vzroke na drugih področjih osebnosti, lahko interferira z laktacijo (Benedek 1949).

Dojenje je tako barometer kvalitete navezanosti in simbioze, ki

predstavlja temelj razvoja notranje trdne, sigurne in zdrave osebnosti. Pri tem je oralnost dominantna vsebina in pomeni senzorično odzivanje, predvsem s predelom ust, s čimer se razvije primerna receptivnost oz. sposobnost za sprejemanje. Hranjenje tako predstavlja osnovo doživljanja sprejetosti, varnosti in sigurnosti (ob fiziološkem pomenu hranjenja), kasneje pa se ta psihološki pomen razširi na vse vsebine, ki imajo za človeka poseben pomen, tako materialne kot nematerialne narave. Hrana pa pri tem predstavlja temelj sprejemanja in ponotranjenja. Pri tem je pomembna otrokova aktivnost pri dojenju, opredeljena z dobrim prijemom in sesanjem, s čimer se vzpodbuja samoaktivnost, ki postane pomemben dejavnik lastnega razvoja. Dojenček se nauči vložiti napor v zadovoljevanje svojih potreb.

Dojenje ustvarja odnos, ki krepi telesno in duševno odpornost, spremlja ga govorica dotika, ritma, vonja, okusa, gradi se govorica oči, saj je otrok pri hranjenju zazrt v materine oči, torej vse tisto, s čimer se ustvarja potreben konstanten odnos v paru - diadi. Dojenje torej vzpostavi neko relacijo, neki odnos, zato ni vseeno, iz čigavih prsi ali rok otrok sprejema hrano. Z materinim mlekom, kot pravijo analitiki, otrok pije tudi izkušnjo zaupanja ali nezaupanja, naklonjenosti, ljubezni in varnosti ali pa tudi ne. Stalnost tega dojenja je predvsem pomembna do 6. meseca starosti, ko dojenček počasi diferencira, kaj je dobro in kaj ne, ko vsebine začnejo pridobivati predznak ugodja ali neugodja. Kasneje pa mu z uvajanjem novih oblik hranjenja ob dojenju mati odpira nova področja aktivnosti v hranjenju, ki omogočajo počasno, vendar zanj sprejemljivo in zaželeno separacijo. Pretirano vztrajanje vzgoj na dojenju po šestih mesecih opredeljuje prolongirano simbiozo, ki pa za zdrav duševni razvoj otroka ni več zaželena.

Sicer pa je dojenje obsežen proces z večplastnim pomenom za otroka, ki ga je Šoster-Olmerova (1999) ob razmišljanju o prednosti dojenja za otroka in mater opredelila v naslednjem okviru:

Mlezivo

- je popolna prva hrana, z visokim odstotkom beljakovin,
- je vir polovice dojenčkove imunosti, glavna obramba pred okužbami,
- pomaga izločati prvo smolnato blato, kar zmanjša možnost zlatenice.

Materino mleko

- je najboljša hrana za dojenčka,
- ima vse potrebne hranilne snovi v pravih razmerjih za optimalno rast in razvoj,
- je lahko prebavljivo, preprečuje zaprtje, tako ima otrok manj trebušnih krčev,
- otroku da protitelesa za bolezni, ki jih je prebolela mati,

- otroka zaščititi pred okužbami,
- podaljša dobo naravne imunosti pred mumpsom, ošpicami, otroško paralizo...,
- zveča odpornost proti boleznim v kasnejšem življenju,
- zmanjša nevarnost alergij,
- zmanjša nevarnost bolezenske debelosti,
- ko je otrok bolan, prepreči dehidracijo in pospeši okrevanje,
- izboljša koordinacijo gibov, ker se otrok doji izmenoma zdaj na eni, zdaj na drugi strani,
- pomaga k pravilnemu razvoju čeljusti in zob, s tem pa tudi govora.

Čustvene prednosti:

- otrok joka manj, ker je njegova lakota potešena takoj,
- dojenje zagotavlja veliko tesnega stika z materjo,
- otrok spozna mater z vsemi svojimi čuti: okus, voh, dotik, vid, sluh,
- dojenje izpolni vse otrokove potrebe po bližini, varnosti in tolažbi.

Prednosti dojenja za mater:

- dojenje nadaljuje naravni reprodukcijski cikel spočetja, nosečnosti in poroda,
- zmanjša nevarnost poporodne krvavitve,
- hitreje povrne maternico v predporodno velikost,
- zmanjša nevarnost pred menopavznim rakom na dojkah in rakom na maternici,
- mater zavaruje pred osteoporozo in zlomom kolka v poznejših letih,
- zakasni povratak menstruacije in plodnosti,
- olajša nočno hranjenje,
- prihrani čas in denar.

Klinične izkušnje in raziskovalna spoznanja govorijo za to, da je dobra laktacija končen rezultat kompliciranih dogajanj v materinem telesu in njenih dojkah. Pri njih sodelujejo številne endokrine žleze, odločujoč vpliv pa imajo sesanje otroka in emocije matere. Emocije igrajo tako pomembno vlogo v mehanizmih laktacije, da navadno s pravico govorijo celo o psihofiziologiji laktacije (Lavrič 1983, Pajntar in sod. 1994). Pri tem sta za normalno laktacijo in dojenje najpomembnejša dva refleksa: prolaktinski refleks in refleks praznenja dojke (oksitocinski refleks). Oba refleksa sta odgovor na draženje bradavic, najmočnejše dražljaj pa je otrokovo sesanje.

Prolaktinski refleks je relativno stabilen, nanj vpliva samo močna podhranjenost matere in močni psihosocialni stres. Refleks je kvantitativen. Koncentracija prolaktina je namreč odvisna od moči, trajanja in pogostnosti

sesanja. Na drugi strani pa je refleks praznjenja dojke izrazito psihosomatski proces. Lahko ga sprožijo psihični faktorji, npr. pogled na lačnega otroka, otrokov lačni jok, misel na dojenje, pohvala okolice pri uspešnem dojenju itd. Nasprotno lahko strah (tudi strah, da mati nima dovolj mleka), negotovost, sramežljivost, zmanjšan interes za dojenje in drugi psihični faktorji preprečijo ali pa zmanjšajo izločanje oksitocina. Mleka je v dojki lahko dovolj, vendar ga otrok s sesanjem vseeno ne doseže (Lavrič 1983).

Mnogi avtorji poudarjajo, da je končen uspeh laktacije in dojenja odvisen od številnih ekoloških, kliničnih in socioloških faktorjev. Mnogi od njih vplivajo negativno že v porodnišnici, npr. ločitev matere od družine, ločitev otroka od matere, dojenje po shemi, medikamenti, anestezija, zgodnje dodajanje nadomestkov za žensko mleko, premajhna pomoč in podpora pri dojenju itd. Že prisotnost moža pri porodu ima za posledico daljše trajanje dojenja, pospešuje ga zgodnji poporodni stik med materjo in novorojenčkom v porodni sobi. Pa tudi bivanje otroka pri materi v porodnišnici je povezano z daljšim dojenjem (Lavrič 1983, Pajntar in sod. 1994).

Pomemben del faktorjev, ki vplivajo na dojenje, deluje tudi zunaj porodnišnice, tako že priprava na porod in dojenje v nosečnosti, odnos sorodnikov in znancev do dojenja, dostopnost ustrezne literature, odnos družbe do dojenja itd.

Eden najpomembnejših faktorjev pa je vsekakor osebnost matere, ki lahko pozitivno ali negativno vpliva na potek dojenja. Tako so študije (Lavrič in sod. 1976, 1983, Pajntar in sod. 1977, 1979, 1994) ugotovili, da je odstotek mater z močnejše izraženimi nevrotičnimi tendencami signifikantno manjši v skupini, ki so v celoti dojile 60 dni in več in ki so polno dojile brez dodajanja 40 dni in več, kot pri onih, ki so dojile krajši čas. Hkrati so ugotovili, da ni povezave med nevrotskimi karakteristikami osebnosti mater ter parametri vzpostavljanja laktacije in vrednosti hormonov v zgodnjem puerperiju. S tem so postavili hipotezo, da nevrotične osebnostne lastnosti matere ne vplivajo na trajanje dojenja preko mehanizmov vzpostavljanja laktacije (kjer igra glavno vlogo prolaktin), ampak šele kasneje preko mehanizmov kontrole in vzdrževanja laktacije, kjer, kot kaže, igra glavno vlogo oksitocinski refleks praznjenja dojke.

Pri skupini žensk, ki so v celoti dojile manj kot 70 dni, je pomembno bolj izstopala nevrotična usmerjenost, ki je bila opredeljena z občutkom prikrajšanosti, odrinjenosti, osamljenosti in pesimizma, z nezadovoljstvom s perspektivami v življenju ter z doživljanjem praznine in potrnosti.

Ženske, ki so polno dojile manj kot 50 dni, pa so bile nekoliko manj družabne, nagnjene k samotarstvu in introvertiranosti. So manj zaupljive in stvari in dogodkov ne opazujejo in spremljajo samo po njihovem videzu,

pogostoma jih prevzemajo občutja prikrajšanosti, osamljenosti in potrtosti. Ob nekoliko boljši samokontroli želijo živeti organizirano in stvari postavljati na njihova prava mesta.

Na drugi strani so pri ženah, ki so želele dojiti tudi ponoči in vedno, kadar bi otrok pokazal zato željo, ugotavljali, da imajo redne, tople, prijateljske kontakte in da uživajo v prisotnosti ljudi, so zaupljive, prilagodljive in že kar sugestibilne ter s svojim stilom življenja zadovoljne, sebe pa pogostoma percipirajo v socialno zaželeni luči. Te matere imajo tudi večjo možnost za vzpostavitev kasnejšega pristnega odnosa z otrokom.

Raziskave Fosterja in sod. (1996) so pokazale, da obstaja izredno pomemben odnos med zadovoljstvom matere s telesom, materinsko navezanostjo na fetus in načrti za dojenje ali hranjenje po steklenički v nosečnosti že med 32. in 38. tednom nosečnosti. Tako so pri ženskah, ki so se odločile in bile namenjene dojiti, ugotavljali večje zadovoljstvo s svojim telesnim stanjem, imele pa so tudi višjo stopnjo navezanosti na fetus. Na drugi strani sta nezadovoljstvo s podobo in stanjem telesa ter materinska navezanost na fetus služila pogosto za to, da so se matere odločale za hranjenje po steklenički.

Nissen in sod. (1998) v svojih raziskavah ugotavljajo pomembno povezanost med oksitocinom, prolaktinom, proizvodnjem mleka in osebnostnimi potezami žensk pri normalnem porodu in porodu s carskim rezom. Tako pri slednjih ugotavljajo večjo stopnjo bojazni, slabšo socializacijo in manjšo količino mleka, nudenega otroku. Tudi oni zaključujejo, da je oksitocin centralni agens, ki je pomembno vpleten v vedenjsko prilagajanje materinski vlogi.

LITERATURA

1. Allen D. (1996) Are alcoholic women more likely to drink premenstrually?. *Alcohol & Alcoholism*. 31(2):145-7
2. Bibring, G., Thomas F., Dwyre M. (1961) A study of the psychological processes of pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The psychoanal. Study of the Child*. New York: Univ. Press, 16: 9-24
3. Bogren Ly. (1983) Couvade. *Acta Psychiatr. Scand.*, 68: 55-65
4. Bogren Ly (1984) The couvade syndrome: background variables. *Acta Psychiatr. Scand.*, 70: 316-20
5. Breen D. (1975) *The Birth of a First Child*. London: Tavistock.
6. Cividini-Stranić E. (1975) Psihodinamika i klinička slika psihosomatskih reakcija. V: Blažević D in sodel. *Dinamska psihologija i psihoterapija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 175-206

7. Demyttenaere K., Lenaerts H., Nijs P., Van Assche FA. (1995) Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy and predict depression levels during pregnancy and during postpartum
8. Feldmann H. (1977) Untersuchungen zum Körpererleben in der Schwangerschaft Zschr. psychosom. Med., 4: 310-328
9. Ferenczi S. (1934) Thalassa: A. theory of genitality. Psychoanal. Quart.
10. Foster SF. in sod. (1996) Body image, maternal fetal attachment, and breast feeding. Journal of Psychosomatic Research. 41(2):181-4
11. Groom LJ., Swiber MJ., Bentz LS, Holland SB, Atterbury JL (1995) Maternal anxiety during pregnancy: effect on fetal behavior at 38 to 40 weeks of gestation
12. Henderson BJ., Whissel C. (1997) Changes in women's emotions as a function of emotion valence, self-determined category of premenstrual distress, and day in the menstrual cycle. Psychological Reports, 80(3 Pt 2): 1272-4
13. Hertz D. in Molinski H. (1981) Psychosomatik der Frau. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1-159
14. Kapor-Stanuloviæ N. (1985) Psihologija roditeljstva. Beograd: Nolit, 1-200
15. Karpljuk M. (1998) Vloga psiholoških dejavnikov pri menstrualnih bolečinah. Psihološka obzorja. 2: 25-46
16. Keuthen NJ., O'Sullivan RL., Hayday CF., Peets KE., Jenike MA., Baer L. (1997) The relationship of menstrual cycle and pregnancy to compulsive. Psychotherapy & Psychosomatics. 66(1):33-7
17. Keenan PA., Lindamer LA., Jong SK. (1995) Menstrual phase-independent retrieval deficit in woman with PMS
18. Kitamura T, Toda MA., Shima S., Sugawara K., Sugawara M. (1998) Social support and pregnancy: I. Factorial structure and psychosocial correlates of perceived social support
19. Kulenoviæ M. (1984) Trudnice, novorođenče, majka, otac, obitelj. V: Kurjak A. Očekujući novorođenče. Zagreb: Mladost, 351-392
20. Lavrič M. in sod. (1983) Laktacija in dojenje – "Rooming-in". Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo v Kranju. 1-50
21. Matjan P. (1997) Psihologija in psihopatologija ženske. Psihološka obzorja. 1-2: 147-158
22. Mirdal GM., Peterson B., Weeke B., Vibits A. (1998) Asthma and menstruation: the relationship between psychological and bronchial hiperreactivity. British Journal of Medical Psychology. 71(Pt 1):47-55
23. Mrđević S. (1987) Značenje straha za vrijeme graviditeta. Psihoterapija. Zagreb, 17: 27-37

24. Nissen E. in sod. (1998) Oxytocin, prolactin, milk production and their relationship with personality traits in women after vaginal or Cesarean section. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 19(1): 49-58
25. Pajntar M. (1964) Vpliv nekaterih osebnostnih potez in nosečnostnih emocionalnih tenzij za nosečnost, porod in otroka. Disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1-144
26. Pajntar. M., Čuk M., Rojšek. J., Rizner T. (1977) Osebnostne karakteristike in reaktivnost uterusa. Kranj: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo, 1-52
27. Pajntar M. in sod. (1977) Osebnostne karakteristike in trajanje dojenja. *Zdravstveni vestnik*. 12:699-701
28. Pajntar M., Novak – Antolič Ž. (1994) Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana, Cankarjeva založba
29. Prill H.J. (1981) *Psychologie und Psychopatologie der Schwangeren, Gebarenden und Woherin*. V: Kaser O., Frieberg V. *Schwangerschaft und Geburt 1*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 72-92
30. Prill H. J. *Psychologie und Psychopatologie der Schwageren, Gabarenden und Wochnerin*. V: Kaser O., Fridberg V. *Gynakologie und Geburtshilfe*. Band II/I. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 371-392
31. Rank O. (1929) *Teh trauma of birth*. London: Kegan Paul
32. Resnick A., Perry W., Parry B., Mostofi N, Udell C. (1998) Neuropsychological performance across the menstrual cycle in women with and without Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatry Research*. 77(3):147-58
33. Rojšek J. (1995) Presentation of psychotherapeutic treatment of psychosomatic problems or in pursuit of womanhood? *Psihološka obzorja*. 4:81-90
34. Rojšek J. (1996) Psihološke značilnosti razvojnih obdobij v nosečnosti. *Psihološka obzorja*. 4:85-96
35. Stoppard M. (1990) Čas deklišтва. Ljubljana, DZ Slovenije
36. Šoster-Olmer K. (1999) Dojenje in materinstvo iz srca. Ljubljana. Založba Vale – Novak
37. Whissel C. (1996) The modal study on premenstrual syndrome or tension: a content analysis of 315 recent abstract along global dimensions. *Psychological Reports* 79(3 Pt 2):1360-2