

PSIHOLOŠKE ZNAČILNOSTI RAZVOJNIH OBDOBIJ V NOSEČNOSTI

Janez Rojšek

KLJUČNE BESEDE: nosečnost, telesne in duševne spremembe, tromesečje, samopodoba, objektni odnos, porod

KEYWORDS: pregnancy, psysical and mental changes, trimestrs, self image, object relations, delivery

POVZETEK

Nosečnost širše lahko obravnavamo s psihološkega, psihoanalitičnega in psihiatričnega vidika. Telesne in duševne spremembe pa sistematično opazujemo skozi tromesečja. Kažejo se v doživljanju, ravnanju in oblikovanju samopodobe ter v odnosu do prihajajočega otroka in socialne okolice. Po lastnih zakonitostih in poteh psihološki dejavniki vplivajo tudi na potek samega poroda kot zaključnega akta nosečnosti.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DEVELOPMENTAL PERIODS IN PREGNANCY

ABSTRACT

Pregnancy can be dealt with extensively from the psychological, psychoanalytical and psychiatric point of view. Physical and mental changes are systematically observed in the course of each trimester. They find their expression in the woman's experiential world, her behaviour and in the formation of her self image as well as in her attitude towards both the expected child and the social environment. Psychological factors influence according to their own rules and ways, the course of delivery as the concluding step of pregnancy.

UVOD

KAPOR-STANULOVICÉVA (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 in avtorji, 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 najbližnjimi, 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-STANULOVICH, 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, MRĐENOVICH 1987).

Temeljna drža v nosečnosti je oralna, kar kaže na arhaično dožemanje nosečnosti kot posledice oralne oploditve. Slabosti, 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 izpolnilo 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 narcizizem 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 OBDOBIJ 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 razpoloženijska nihanja in psihične spremembe v tej fazi. Sicer pa je, poudarja BIBRING(1961), na začetku nosečnosti v ospredju povečana "libidozna 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 prekinitev 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 nauses. 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 naseo.

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 naseo 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 osebnostna usmerjenost, ki pomaga pri predelavi ambivalence, kar pa zahteva aktivno psihično zorenje. Tako ženske, ki gledajo v prihodnost z zaupanjem, najlaže 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 pa je nosečnica genitalno bolj vznemirljiva, sama nosečnost pa zmanjša občutek krivde.

Pozneje se lahko seksualno doživljanje zaradi predsodkov zmanjša, ne da bi bila 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. 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 poosebljenje 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 opreti 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 dovzetnost 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 obveznotmi odzovejo z depresivno reakcijo in zanjo značilno 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 pojavijo pri zelo odvisnih možkih, ki so močno navezani na mater in se šibko

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 rahla. Ego psihično zdrave ženske si želi, da bi že minil tisti dan, ko bo lahko uresničila dotlej samo čustven in pričakovan odnos do otroka. Sili jo, da svoje materinstvo praktično preskusi, realizira (HERTZ in MOLINSKI 1981).

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, itd". Taki jezni in agresivni občutki so namenjeni stanju, ne pa otroku, zato ne zbuja 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 redkejšة 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 objektni odnos zagotovljen že prej - doživlja mati na določen način kot travmo, prekinitev 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 sesavljajo 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 ekspulzijo ploda, parasimpatična pa stimulira mišičje za ekspulzijo.

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 sodelaci (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 - faktro 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 motornega aparata praviloma zmanjšata 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 blečinami se varuje s tem, da postane pasivna. Nekaterе ženske 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 nepavem času in povzročijo zmedo v kontrakcijah. Ta prehod femininosti v maskulinost se po mnenju Pajntarja (1964) med porodom kaže v povečani aktivnosti in lahko povzroči zastoj poroda.

VIRI

1. Bibring, G., Thomas F., Dwyre M. (1961) A study of the psychological processes of pregnancy and of the earliest mother-child relation-ship. The psychoanal. Study of the Child. New York: Univ. Press, 16: 9-24
2. Bogren Ly. (1983) Couvade. Acta Psychiatr. Scand., 68: 55-65
3. Bogren Ly (1984) The couvade syndrome: background variables. Acta Psychiatr. Scand., 70: 316-20
4. Breen D. (1975) The Birth of a First Child. London: Tavistock.
5. 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
6. Feldmann H. (1977) Untersuchungen zum Körpererleben in der Schwangerschaft Zschr. psychosom. Med., 4: 310-328
7. Ferenczi S. (1934) Thalassa: A. theory of genitality. Psychoanal. Quart.
8. Hertz D. in Molinski H. (1981) Psychosomatik der Frau. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1-159
9. Kapor-Stanulović N. (1985) Psihologija roditeljstva. Beograd: Nolit, 1-200
10. Kulenović M. (1984) Trudnice, novorođenče, majka, otac, obitelj. V: Kurjak A. Očekujući novorođenče. Zagreb: Mladost, 351-392
11. Mrdeović S. (1987) Značenje straha za vrijeme graviditeta. Psihoterapija. Zagreb, 17: 27-37
12. Pajntar M. (1964) Vpliv nekaterih osebnostnih potez in nosečnostnih emocionalnih tenzij za nosečnost, porod in otroka. Disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1-144
13. Pajntar. M., Čuk M., Rojšek. J., Rizner T. (1977) Osebnostne karakteristike in reaktivnost uterusa. Kranj: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo, 1-52
14. Prill H.J. (1981) Psychologie und Psychopatologie der Schwangeren, Gebarenden und Wocherin. V: Kaser O., Frieberg V. Schwangerschaft und Geburt 1. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 72-92
15. Prill H. J. Psychologie und Psychopatologie der Schwageren, Gabarenden und Wochnerin. V: Kaser O., Fridberg V. Gynakologie und Geburtshilfe. Band II/1. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 371-392
16. Rank O. (1929) The trauma of birth. London: Kegan Paul