

Popotnice skozi mračne pokrajine – poporodne stiske v vsakdanjem življenju mladih mater

Travelers through the dark land
– postnatal distress in everyday
life of young mothers

Zalka Drglin

Povzetek

Zalka Drglin, dr. ženskih študij in feministične teorije, Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana. *Prispevek prikazuje prevladujoče koncepte o obporodnih stiskah in iščemo poti onstran preozkih znanstvenih opredelitev duševnih težav mladih mater. Postavlja se temeljno vprašanje – ali različne, samoumevne in nepreizprašane vsakdanje prakse, s katerimi se srečujejo ženske z dojenčki, delujejo kot različni mehanizmi oblastnih razmerij (M. Foucault), ki so med drugim navzoči tudi v sodobnem konceptu “skrbi za zdravje” ali pa kot možnosti iskanja novih izbir in osvoboditev. Izkušnje svetovalk ženskam z obporodnimi stiskami in njihovim partnerjem kažejo na nujnost kompleksnega*

razumevanja problematike in individualizirane pomoči. Združevanje žensk z dojenčki v samopomočne skupine in organiziranje skupin za pomoč ženskam z obporodnimi stiskami, ki v Sloveniji šele začenjajo svoje življenje, so oblike specifičnega povezovanja ljudi in novega definiranja skupnosti. Nujen je večji poudarek podpori ženskam, prav tako kot je nujno razvijati natančno in občutljivo kritično misel o delovanju različnih silnic, ki soodločajo in se konfrontirajo v "predpisanih" oblikah nege dojenčka, ki jih v večini primerov opravljajo ženske, biološke matere.

Ključne besede: *obporodne duševne težave, ženske, svetovanje, samopomočne skupine, materinstvo*

Abstract

The article presents dominant concepts about postnatal mental problems and looks beyond too-narrow scientific arguments about them. The main question about everyday practices of motherhood is: are we talking about power relationships or are they the a way to freedom? We have to think about complexity of this problem and in the same time about individual choices. By organizing self-help groups and support groups for women, a telephone line called "mamaZOFA", individual consultations and crises team there is a new start for specific community life in Slovenia. A critical stance needs to be developed about the prescribed way to be »good mother« - as this in the same time enables an extension of forms of support to women.

Key words: *postnatal mental problems, women, counseling, self-help groups, motherhood*

Kaj je v imenu ali mnogovrstnost stisk, ki dušijo ženske po porodu

Ko sem v svojem arhivu iskala primer, ki bi ilustriral problematiko, o kateri govorimo, da bi jo tako rekoč v živo občutili, sem se znašla pred težkimi izbirami – ženske po rojstvu otroka trpijo na različne načine in težko bi našli skupni imenovalec. Bibi govori o občutkih šest mesecev po tem, ko je s pomočjo nujnega carskega reza rodila drugega otroka, zaradi smrtne nevarnosti pa je bil zanj travmatična izkušnja:

Ne vem, če se je že kateri do vas to dogajalo kot se meni. Drugi porod je bil vse drugo kot sem pričakovala, saj sem prvič rodila b.p. Skratka, imela sem carski rez, saj sva bila z otrokom oba v smrtni nevarnosti. Otroku se je že ustavljalo srce, jaz pa notranjo krvavitev... Pa se je k sreči vse dobro končalo! Sedaj, pol leta po porodu, pa še vedno ne morem verjeti, da se mi je to dogajalo. Kar naprej to premlevam in o tem razmišljam. Zakaj, kako, kje sem naredila napako? Pa kaj bi bilo če ne bi imela tako dobre ekipe pri porodu? Skratka, preganja me in ne morem preko tega...

(Bibi, pismo na forumu Obporodne stiske, med.over.net, 2005).

V času po porodu številne ženske drugače doživljajo svojega partnerja in nekatere na novo definirajo svoj odnos – na anonimnem forumu se je v pogovor vključilo več sodelujočih, iskale so razloge in rešitve. Soncica je pismo napisala deset mesecev po porodu:

Meni se dogaja podobno... Ne da moža in sina na trenutke sovražim, sploh ne, ampak ne čutim nobene želje po fizičnem kontaktu z možem. Sploh ne bi pogrešala, tudi če se me cel teden ne bi niti dotaknil in zaradi tega mi je ful hudo. Želim si spet čutiti željo po tem, da ga objamem, da se stisnem k njemu, da se ljubim z njim. On to čuti, občasno se pogovarjava o tem, ampak mu čisto direktno tega ne morem povedat. On stalno po malem "sili" vame, stalno se me dotika, me hoče objemat in ljubčkat, meni pa sploh ne paše

(soncica, pismo na forumu Obporodne stiske, med.over.net, 2005).

T M, mati šestmesečnega otroka, piše, da se je kljub temu, da živi v dobrem partnerskem odnosu in v urejenih razmerah, na lepem pojavila jeza, ki ji sledila huda tesnoba.

Zdaj pa jokam že dva dni... Da nič več ne znam, da ne morem biti več sama z otrokom, da enostavno ne zmorem. In temu sledi jok

(T M, pismo na forumu Obporodne stiske, med.over.net, 2004).

So te ženske bolne in trpijo za tako imenovanimi psihiatričnimi boleznimi, kot to vidi tradicionalni biomedicinski pogled? Ali pa – kot trdijo številne feministične kritičarke – izkušajo razumljiv odziv na veliko življenjsko spremembo, ki je eden od največjih stresnih dejavnikov, ki jih je mogoče najti v življenju družine? Poporodna depresija je danes del splošnega izrazja, ki se v javnosti uporablja za oznako različnih stisk po porodu. Je depresija po porodu specifičen sindrom, ki potrebuje posebno diagnozo in zdravljenje? Ali pa se ne razlikuje od drugih depresij, ki jih ženske izkusijo v življenju? Ali sploh ni pravilno definirana kot depresija? Skušajmo razmišljati o teh vprašanjih in nakazati različne etiološke razlage poporodne depresije ter implikacije za preprečevanje in zdravljenje oziroma pomoč (Ussher, 2004).

Zdi se, da v današnjem času doživljamo dvoje. Na eni strani so poporodne stiske še vedno tabuizirana tema, o njih se še vedno malo govori in malo ve, obdane so z zanikanjem, molkom ali miti. Številni strokovnjaki, ki so v stiku z ženskami v času nosečnosti, poroda in po njem, nimajo ustreznega znanja, na drugi strani pa je beseda o poporodnih stiskah vedno specifično obarvana, zato je treba kritično razmišljati, kakšen govor o poporodnih stiskah je ustrezen in katera “vednost” o njih je za ženske osvobajajoča.

Če bi o trenutkih obupa govorile iskreno, bi najbrž težko našli žensko, ki ga v času zgodnjega materinstva ne bi izkusila. Pomanjkanje spanja, ki se včasih razpotegne v mesece in ni nujno značilnost zgolj prvih tednov po rojstvu otroka, nepredvidljivost otrokovega ritma, dolgočasna ali celo ubijajoča rutina, nenehno dajanje prednosti otrokovim potrebam, ure in ure dojenja ali pripravljavanja stekleničk, neutolažljiv dojenčkov jok ob kolikah – ali ne bi bilo depresivno razpoloženje normalna reakcija na vse to? Številne ženske nekako z nelagodjem govorijo o tem, da je

bilo po porodu njihovo življenje nekaj časa hektično in pogosto omenjajo izjemno utrujenost. Če gre za rojstvo prvega otroka, prehod v materinstvo poleg izčrpanosti in pomanjkanja časa prinese še dodatne izzive ob začasni prekinitvi službenega dela ali nuje usklajevanja različnih delovnih obveznosti – izgubo identitete ženske brez otrok, resno omejitev svobode, dramatične spremembe v razmerju s partnerjem, šok v spoznanju razlike med realnostjo in miti o materinstvu ter še bi lahko naštevali.

Nekatere oblike poporodnih stisk so znotraj medicinskih diskurzov definirane kot bolezni – na primer poporodna depresija in poporodna psihoza. Medicinski koncept depresije kot bolezni opredeljuje depresijo kot biološko motnjo, ki je nastopila v posameznem položaju, kjer svoje prispevajo socialno neugodno okolje, psihično neugodna razmerja in biološka nagnjenost.

Ocenjuje se, da od deset do dvajset odstotkov vseh novih mater doživlja resnejše stiske, ki sodijo pod okrilje diagnoze poporodna depresija, kar bi za Slovenijo pomenilo od 1.700 do 3.400 žensk na leto. Poporodna depresija je lahko različno intenzivna. Četrtnina od vseh predstavlja resno obliko depresije, kar pomeni, da so ženske v hudi stiski. V strogo medicinskem smislu je poporodna depresija bolezen, ki pogosto zahteva zdravljenje. Znaki se pojavijo okoli četrtega do šestega tedna po porodu, in če je ne zdravimo, lahko traja do otrokovega prvega leta ali še dlje. Znotraj medicinskega diskurza o depresiji kot bolezni se je v zadnjih desetletjih razvil cel sklop intervencij – presejanje (na primer presejalni test, imenovan Edinburgh Postnatal Depression Scale ali skrajšano EPDS) ter diagnostika in terapija, ki pogosto vključujeta antidepresive.

Da bi razumeli naravo in pomen poporodne depresije v življenju žensk, moramo ta pojav umestiti v širši kontekst ženskega duševnega zdravja. Študije kažejo – in to je najbolj konsistentna ugotovitev – da ženske dvakrat bolj kot moški trpijo zaradi depresije, so diagnosticirane kot depresivne in so zaradi tega tudi zdravljene. Nekateri so skušali iskati vzroke za take ugotovitve v spremembah ravni hormonov in drugih biokemičnih dejavnikov, ki sodelujejo pri nosečnosti, porodu, menstruaciji in menopavzi. Te hormonske spremembe sooblikujejo običajno delovanje ženskega reproduktivnega sistema in so povezane s spremembami specifičnih neurotransmiterjev, ki uravnavajo razpoloženje in pomagajo

razložiti, zakaj ženske doživljajo tako močne občutke depresije, jeze in tesnobe (Taylor, 1996).

Med zdravstvenimi delavci srečujemo zanikanje ali podcenjevanje stisk. Tako preslišijo prošnje po razumevanju ali klice na pomoč, na primer z besedami: »Sprostite se, nikar se tako ne vznemirjajte za vsako malenkost, bo že minilo,« ali z zanikanjem depresije kot bolezni, tudi s podkrepljevanjem splošno sprejete miselnosti, da se »dobra« mati žrtvuje za dobro svojega otroka. Definicija specifične stiske kot bolezni, torej kot poporodne depresije, za nekatere ženske, ki trpijo, pomeni olajšanje. Diagnozo poporodna depresija razumejo kot korak k rešitvi. Njihovo (pogosto izjemno) slabo počutje in neobičajni občutki dobijo ime znotraj določenega koncepta, ki uokvirja tudi specifičen premislek o tem, zakaj so se težave pojavile in kako se z njimi spoprijeti. Poporodna depresija se v obliki zelo ohlapnega pojma pojavlja tudi v medijih, kot so revije in dnevni tisk. Z medicinskim konceptom poporodne depresije je povezano tudi pogosto specifično razmišljanje o vzrokih težav. Hormoni so postali priročen krivec in populistično geslo, ki pod svoje okrilje skriva različne hormonske spremembe in druge biokemične spremembe v telesu po porodu. Tovrstno razumevanje poporodnih stisk narekuje tudi izbiro zdravljenja, ki je pogosto osredotočeno (zgolj) na zdravljenje z zdravili.

Zavedam se, da je danes v ospredju pozornosti prav raziskovanje povezav med biokemičnimi spremembami in pojavom depresije, kar lahko vodi do učinkovitih ukrepov (omejenega dometa), vendar bi rada osvetlila druge dejavnike, ki prispevajo k temu, da ženske prepoznajo in poimenujejo svoje probleme kot poporodne bolezni. Tudi tisti raziskovalci, ki so naklonjeni nevroendokrinološki razlagi spolnih razlik pri depresiji, priznavajo, da na nevroendokrini odziv vpliva socialni kontekst. Zvrčanje krivde na biologijo odvrča pozornost od družbenih dejavnikov, ki prispevajo k problemom žensk (Taylor, 1996).

V številnih sodobnih mislih in raziskavah ženskega duševnega zdravja in medicinske sociologije prevladuje teza, da obstaja pomembna povezava med socialno prikrajšanostjo, vezana na ženski spol, in višjo stopnjo depresivnosti pri ženskah. Njihove študije kažejo načine, kako deluje spolna neenakost. Ženske prevzamejo specifične naloge v zakonski zvezi, pri vzgoji otrok in v poklicnem življenju. Te naloge so neposredno povezane

z določenimi stresnimi dogodki, kot so na primer posilstvo, nasilje in ločitev, ter slabimi življenjski pogoji, kot so revščina, pomanjkanje moči, omejene možnosti izbire in vpliva – vsi ti skupaj ali posamično večajo ranljivost za psihično neravnotežje in omejujejo zmožnosti soočanja s stresom. Nekateri so verjeli, da je mogoče višje stopnje depresivnosti pri ženskah pripisati njihovi večji zmožnosti in pripravljenosti izražati čustva. To se je izkazalo za neresnično – ženske nasploh doživljajo več psihičnega stresa, izjemno poveden primer je mnogokrat težavno uravnavanje zaposlitve in družinskega življenja. Zne so tudi teze nekaterih avtoric s področja ženskih študij in določenih babiških združenj (zbranih na primer okrog revije *Midwifery Today*), ki trdijo, da je neustrezna podpora ženski med nosečnostjo in še posebej med porodom povezana z depresivnim razpoloženjem ženske po porodu, kar pa je bilo mogoče z raziskavami le delno potrditi. Nekateri teorije trdijo, da je poporodna depresija vsaj v neki meri posledica opuščanja navad in ritualov, ki tradicionalno označujejo prehod v starševstvo – ni dovolj močnih dokazov, na podlagi katerih bi lahko te teorije potrdili ali ovrgli (Kumar, 1994). Drugi trdijo, da so poporodne stiske mater normalen odziv posameznic na nenormalne, povečane pritiske in obremenitve, ki so povezani z dolžnostmi in obveznostmi mater (primerjaj s Stewart, 2004). Utrujenost, nesrečnost in izčrpanost so po rojstvu otroka in v prvih letih življenja z njim popolnoma razumljiv odziv na realnost zgodnjega materinstva. V medicinskih diskurzih se pogosto srečamo s patologiziranjem teh občutij. Če impliciramo, da te ženske trpijo zaradi bolezni, trdimo, da je njihovo stanje nenormalno in da potrebujejo biomedicinsko zdravljenje. Znašli smo se torej na tanki meji med premalo prepoznavnosti poporodnih stisk, kar lahko vodi v njihovo zanikanje ali podcenjevanje trpljenja žensk, na drugi strani pa v preozko definiranje stisk kot bolezni, kar lahko pomeni potenciranje že tako prisotne medikalizacije vsakodnevnega življenja žensk, o kateri so pisali številni avtorji, med drugim M. Foucault, E. Shorter in drugi.

Poporodne stiske so tako individualne kot tudi družbene, njihove korenine segajo v različne plasti. Ker je bistvo materinstva odnos in ker je ženska ranljivost za depresijo v veliki meri povezana z zahtevami (idealnega in idealiziranega) materinstva, ne moremo ločiti položaja ženske in njene tesnobe od socialnih pogojev in

kulturnih podob, ki s svojim specifičnim učinkovanjem prispevajo k oblikovanju posameznih mater.

Običajno si ženske predstavljajo, da jih bo materinstvo osrečilo in izpolnilo. Ženske, ki doživljajo različne stiske po porodu, pogosto izražajo občutke, da jih je nekdo ogoljufal, počutijo se na primer opeharjene za občutek povezanosti z otrokom, ne občutijo »samoumevne« in vseprežemajoče ljubezni do otroka ali pa se borijo z občutki krivde, ker niso tako srečne, kot so si predstavljale, da po rojstvu otroka bodo. Krivda, tesnoba, depresija, jeza – vse to so občutki, ki jih običajno, vsaj v javnem govoru, ne povezujemo z materinstvom, pravzaprav so v bridkem nasprotju s tem, kar si po normah te kulture predstavljamo, da matere občutijo. Za številne ženske so ta občutja zelo neprijetna, moteča in niso zgolj prehodna. Nekatere potrebujejo pomoč in podporo, druge celo zdravljenje. Hkrati pa krivda, tesnoba, depresija in jeza kažejo na temne pokrajine, ki so sestavni del potovanja ženske, ki postaja mati. Na specifičen način artikulirajo žensko ambivalenco do materinstva in osvetljujejo temeljno nezmožnost, da bi zadostile idealizirani ter hkrati zahtevni in restriktivni vlogi matere. Četudi se morda ideje o »pravilnem« materinstvu danes manj določujejo, pa prevladujoči miti o materinstvu nadaljujejo s tradicijo govora o letem kot najvišjem ženskem poslanstvu. V njih je pogosto zaslediti zavajanje ženskosti na materinstvo. Absolutizem materinstva v različnih oblikah – od blagrovanja sposobnosti rojevanja do samoumevnih povezav biološkega materinstva z zmožnostmi nege in vzgoje otroka nad »ostalimi« ženskimi dosežki in vlogami, kot ga slišimo v tovrstnem nagovarjanju žensk, je v milejših oblikah v vsakdanjem življenju še vedno navzoč. Ženske, ki so postale matere, lahko potrebujejo praktično, čustveno ali finančno pomoč, nego in nasvete. Nekatere ženske vzpostavljajo v tem času nove prijateljske vezi, preko katerih si izmenjujejo skrb in podporo, za nekatere pa je teže prebiti osamljenost zaradi različnih vzrokov, kot so pomanjkanje časa, denarja, prevoza ali varnosti. Kaj je mogoče in kaj je nujno storiti, da ženskam materinstvo vsaj do neke mere olajšamo?

Mreža in oblike delovanja Združenja Naravni začetki

Združenje Naravni začetki so prva nevladna organizacija v Sloveniji, ki se je izrecno posvetila težavam žensk v obporodnem obdobju. Ustanovili smo prvi telefon za obporodne stiske, imenovan *mamaZOFA*. Telefonska linija je namenjena ženskam in njihovim svojcem, ki jih glede na njihove vsakokratne potrebe informiramo, podpiramo, jim svetujemo in jih usmerjamo. Nekatere potrebujejo enkratni pogovor, druge pokličejo večkrat. Pogosto se z njimi dogovorimo za osebno srečanje, kar se včasih nadaljuje v večkratno svetovanje. Poseben izziv predstavljajo ženske s tako akutnimi težavami, da potrebujejo takojšnjo in celovito pomoč, zato organiziramo krizni oziroma podporni tim. S pomočjo tima zagotavljamo obiske na domu za najrazličnejšo pomoč, podporo, svetovanje, druženje, angažiranje in koordiniranje dela prostovoljk ter za delo s svojci. Podporni tim je strokovno, časovno in organizacijsko zahtevna oblika dela, ki pa se je izkazala kot izjemno učinkovita. Izhodišče takega načina je prepričanje, da ženska v stiski potrebuje pomoč pri iskanju virov moči v sebi, v krogu družine in prijateljev. To pomeni, da spodbujamo mreženje pomoči v življenjskem okolju posameznice, kar je za ženske z dojenčki, ki pogosto zaradi subjektivnih in objektivnih razlogov niso zelo gibljive, še posebej ključnega pomena. Ob tem pa nekatere potrebujejo tudi zdravljenje v obliki antidepresivov ali različnih vrst psihoterapije, za kar se nekatere težko odločijo zaradi še vedno prisotnih predsodkov, povezanih s psihiatrično pomočjo ali psihoterapijami.

Svetovalke smo se odločile tudi za kontinuirano moderiranje in svetovanje na medmrežju na forumu *Obporodne stiske* (www.med.over.net), ki ima svoje prednosti, kot so hiter odgovor in popolna anonimnost. To omogoča posameznicam, da lažje zaupajo svojo stisko, hkrati pa imajo možnost dobiti in preveriti izkušnje drugih, ne da bi se pri tem izpostavile. Podpora žensk, ki so prav tako v stiski ali so stisko že preživele, ponuja priložnost za refleksijo lastnega položaja in učenja iz izkušenj drugih. Nekatere se tudi osebno povežejo in tako vzpostavljajo novo obliko medsebojne podpore in solidarnosti.

Na podlagi izkušenj in dolgoletnega dela na področju nosečnosti,

poroda in starševstva ter ob ugotavljanju potreb, ki so jih izražale posameznice in njihovi svojci, smo ustanovile dve novi obliki samopomoči s strokovnim vodstvom, ki temeljita na skupnostnem delu. *Začetnica* je skupina za podporo mamam z dojenčki, ki se redno srečujejo po več ur v dopoldanskem času v prostorih društva ali v različnih prostorih, ki so na voljo v lokalni skupnosti. V skupini skušamo spodbujati učenje iz izkušenj, izmenjevanje informacij o negi dojenčka in skrbi zase ter odpiranje prostora za raziskovanje drugačnih metod reševanja težav v vsakodnevnem življenju, kjer se poudarja upoštevanje lastnih potreb. V novi obliki delavnic za podporo materinstvu *Mamam*, ki so vodena srečanja mater brez navzočnosti dojenčkov ali malčkov, poudarjamo razvoj in preizkušanje strategij za reševanje aktualnih, običajno resnejših težav, povezanih z materinstvom. V to skupino se vključujejo tudi tiste ženske, za katere v času individualnega svetovanja presodimo, da bi jim strukturirano vodena skupina zagotovila možnosti za kontinuirano pomoč in podporo. Naša vizija je pravzaprav samoumevna: skupine s podobnimi nameni bi bilo dobro in koristno ustanoviti drugod po Sloveniji, da bi bil začetek materinstva vsaj za trohico lažji ne glede na to, ali stanujejo v Ljubljani ali kje drugje, in ne glede na to, kako poimenujemo njihove stiske.

Ženske, ki trpijo, potrebujejo znanje, praktično pomoč, podporo in dekulparizacijo. Vendar se moramo nenehno zavedati: z osredotočanjem na posameznice v stiski je povsem mogoče prezreti nujnost vzporednega kritičnega razmisleka o problemih materinstva, njegovih vsakokratnih družbenih pogojih, kulturnih reprezentacijah ter dominantnih mitih in načinih, kako se ti prelamljajo skozi psihično zgradbo posameznih žensk. Z individualiziranjem problemov materinstva dobimo prirejeno sliko sveta, kjer določene ženske zaradi svojih osebnih lastnosti niso zmožne uresničiti »normalnega« ali celo idealnega materinstva, ki pa se ne postavlja pod vprašaj. Mehanizmi družbene higiene so že dolgo na delu, na nas, ki se posvečamo pomoči in podpori posameznicam, pa je, da se zavedamo svojega morebiti dvoumnega položaja. Je sploh mogoče delovati tako, da mislimo na oboje skupaj – na razvoj strategij za reševanje stisk konkretnih žensk v zgodnjem materinstvu in analizo aktualnih mehanizmov, ki definirajo idealne materinske like?

Literatura

Brockington, I. F., Kumar, R. (ur.). (1982). *Motherhood and Mental Illness*. London: Academic Press.

Foucault, M. (1998). *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: Založba /*cf.

Kumar, R. (1990). Childbirth and Mental Illness, *Triangle*, 29, 73–81.

Kumar, R. (1994). Postnatal mental illness. A transcultural perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 250–264.

Shorter, E. (1997). *Women's Bodies: A Social History of Women's Encounter With Health, Ill-health, and Medicine*. New Brunswick, London: Transaction Publishers.

Taylor, V. (1996). *Rock-a-by Baby. Feminism, Self-help, and Postpartum Depression*. London, New York: Routledge.

Ussher, J. M. (2004). Depression in the postnatal period: a normal response to motherhood. In M. Stewart (ur.), *Pregnancy, Birth and Maternity Care: feminist perspectives*. London: Elsevier Science Limited.

Strokovni članek, prejet novembra 2005.

