

# ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΟΛΓΑ ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΑΡΑΤΟΥ

Ψυχική υγεία δε σημαίνει μόνο έλλειψη ψυχικής νόσου. Σημαίνει και το αίσθημα της ευεξίας, την ικανότητα να μην αφήνει κανείς το άγχος να παρεμβάλλεται με ανασταλτικό τρόπο στις δραστηριότητές του, σημαίνει ακόμα την ικανότητα να μπορεί κανείς να χαίρεται με μικρά ή μεγάλα γεγονότα και να ξέρει πως αξίζει να τα βιώσει και να συμμετέχει. Μέσα σ' αυτά τα απλά, τα δεδομένα γεγονότα της ζωής, είναι και η γέννησή μας. Για τον μισό πληθυσμό της γης, τις γυναίκες, η εγκυμοσύνη είναι μια σημαντική φάση της ζωής τους, που πολλοί έχουν χαρακτηρίσει σαν ειδικό ψυχολογικό στάδιο. Η δε γέννηση, εμπειρία όλων των ανθρώπων, είναι αναμφισβήτητα ένας σημαντικός σταθμός στην ψυχοβιολογική εξέλιξη.

Δεν είναι λοιπόν παράξενο, σε μια συζήτηση για την ψυχική υγεία, η περίοδος που ονομάζεται περιγεννητική (πριν, κατά και μετά τη γέννηση) να κατέχει σημαντική θέση. Το άρθρο αυτό δεν στοχεύει ν' αποδείξει πως επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη ή κατά τον τοκετό έχουν αιτιολογική σχέση με ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται αργότερα στη ζωή. Αποσκοπεί, κυρίως, να παρουσιάσει ορισμένους προβληματισμούς σχετικά με τις διαδικασίες ρουτίνας των μαιευτηρίων και την αντιμετώπιση των ψυχολογικών αναγκών της μητέρας και του νεογέννητου.

## A. Η ΜΗΤΕΡΑ

Η ψυχολογική διαδικασία που οδηγεί στο ονομαζόμενο «ένστικτο» της μητρότητας ή στο «μητρικό φίλτρο», με άλλα λόγια στα συναισθήματα που όλοι θεωρούμε ότι έχει φυσιολογικά μια μάνα για το παιδί της, ή που πιστεύουμε πως τα έχουν λίγο-πολύ όλες οι μητέρες, καθορίζονται από ατομικούς-ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Τα αισθήματα μητρότητας φαίνεται πως δεν είναι δεδομένα για όλες τις γυναίκες, αλλά βιώνονται με διαφορετικό τρόπο από την κάθε μια.

Δυο πρόσφατες μελέτες, της Ann Dally από την Αγγλία<sup>1</sup> και της Elisabeth Badinter από τη Γαλλία<sup>2</sup>, δείχνουν: α) πόσο αργά εμφανίζεται είτε σε ορισμένες γλώσσες η λέξη μητρότητα, είτε σε ορισμένες κοινωνίες η έννοια μητρότητα, και β) πόσο πρόσφατα στην εξέλιξη των κοινωνιών ξαναεπιτήθησαν από τις μητέρες να πάρουν οι ίδιες στα χέρια τους την ανατροφή των παιδιών τους.

Μια γρήγορη και επιφανειακή ματιά στην ιστορία του δυτικού πολιτισμού μας δείχνει πως παραδοσιακά, το μέγαλωμα των παιδιών το αναθέταμε σε συγκεκριμένους – αλλά διαφορετικούς από τη βιολογική μητέρα – ανθρώπους: στις παραμάνες, στις τροφούς, στις νταντάδες, στην περίπτωση των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων, αλλά ακόμα και στην ευρύτερη οικογένεια ή στην κοινότητα, στην περίπτωση των κατώτερων τάξεων. Την ευθύνη για την ανατροφή των παιδιών τη μοιράζονται πολλές, γρηραιότερες συνήθως, γυναίκες.

Η Helene Deutsch<sup>3</sup>, που ασχολήθηκε ειδικά με την ψυχολογία της γυναίκας, τονίζει το γεγονός ότι η εγκυμοσύνη αποτελεί ειδική φάση της ζωής της. Από την πορεία και την έκβαση

αυτού του ψυχολογικού σταδίου, θα εξαρτηθεί και η ετοιμότητα της γυναίκας να αναπτύξει τα συναισθήματα μητρότητας προς το παιδί της.

Θα πρέπει λοιπόν να λάβουμε σοβαρά υπόψη πως η γυναίκα που φτάνει στο νοσοκομείο για τον τοκετό φέρνει μαζί της όλη την ατομική και οικογενειακή της ιστορία γύρω από το θέμα μητρότητα-παιδί.

## B. ΤΟ ΜΩΡΟ

Η άνηση της ψυχολογίας της βρεφικής ηλικίας τα τελευταία 20 χρόνια, μας επέτρεψε χάρη σε πειραματικά δεδομένα, να ξέρουμε πια με βεβαιότητα πως το νεογέννητο έχει μεγάλες αντιληπτικές ικανότητες. Η πλήρης εξάρτησή του από τον άνθρωπο για να επιβιώσει, καθώς και η ανάγκη του για ευχαρίστηση και ικανοποίηση, που συνδέεται με όλη την ψυχοσεξουαλική εξέλιξη, αποτελούν στοιχεία, των οποίων η σύνθεση μας επιτρέπει να θεωρούμε τη νεογνική περίοδο μία σημαντική και ευαίσθητη περίοδο στην ανθρώπινη εξέλιξη. Αυτή λοιπόν η φάση, που επεκτείνεται συνήθως σε όλη τη βρεφική ηλικία, φαίνεται να καθορίζει αποφασιστικά την ομαλή ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη και σε προέκταση τη νοητική εξέλιξη και την ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον.

Η θέση αυτή μπορούμε να πούμε πως είναι γενικά αποδεκτή σήμερα. Ποιος είναι όμως ο ειδικός ρόλος που παίζει ο δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί σ' αυτή την περίοδο;

Πριν 20 χρόνια, ο Γάλλος γυναικολόγος Leboyer<sup>4</sup> ισχυριζόταν πως η επιθετικότητα των σημερινών ανθρώπων μπορεί να οφείλεται στον τραυματισμό της γέννησης, και ιδιαίτερα στη βία που ενέχει ο μοντέρνος τρόπος που γίνονται οι τοκετοί στα μαιευτήρια.

Πρίν 10 χρόνια, οι παιδίατροι Klaus και Kennell<sup>5</sup>, ισχυρίστηκαν πως οι μητέρες που δε δημιουργούν πρώιμο δεσμό με το νεογέννητό τους, βρίσκονται σε κίνδυνο και ενδέχεται ν' αποτύχουν στο μητρικό τους ρόλο αργότερα. Ισχυρίστηκαν ακόμα, στα πρώτα τους άρθρα, πως μεταξύ των κακοποιημένων παιδιών, ένα σημαντικό ποσοστό είχαν αποχωριστεί από τις μητέρες τους αμέσως μετά τον τοκετό.

Οι ισχυρισμοί αυτοί ξεσήρωσαν την αντίδραση γιατρών και ψυχολόγων, γιατί ούτε οι έρευνές τους ήταν επιστημονικά ελεγμένες ούτε οι άμεσες επιπτώσεις αυτού του αποχωρισμού ήταν δυνατό να αποδειχθούν. Και είναι βέβαια φανερό πως υπεισέρχονται τόσο άλλοι παράγοντες που καθορίζουν τη μη-

1. DALLY, A.: *Inventing Motherhood: The consequences of an ideal*. London, Burnett Books, 1982.
2. BADINTER, E.: *L' amour en plus*. Paris, Flammarion, 1980.
3. DEUTSCH, H.: *The psychology of women: a psychoanalytic interpretation*. 2 vols. London Heinemann, 1944.
4. LEBOYER, F.: *Pour une naissances sans violence*. Paris, Seuil, 1974.
5. KLAUS, M. & KENNEL, J.: *Maternal - infant bonding*. St Lewis, C.V. Mosby Co., 1976.

τρική συμπεριφορά, ώστε να είναι αδύνατο ν' αποδειχθεί σχέση αιτίου-αιτιατού μεταξύ κακής μητρικής συμπεριφοράς και αποχωρισμού κατά τη γέννηση.

Από τότε που δημοσιεύτηκαν τα πρώτα άρθρα των Klaus και Kennell ως σήμερα, έχουν γίνει πολλές έρευνες γύρω από την επίδραση της πρώιμης επαφής της μητέρας με το νεογέννητο, επίδραση που αφορά α) τη μητρική συμπεριφορά, και β) την εξέλιξη του παιδιού.

Τα συμπεράσματα των ερευνών αυτών εξακολουθούν να είναι αντικρουόμενα. Μπορούμε να πούμε ότι μια διαδικασία από μόνη της δεν παίζει καθοριστικό ρόλο, ούτε είναι αποφασιστικής σημασίας είτε για τη μητρική συμπεριφορά, είτε για την εξέλιξη του παιδιού. Αποδείχτηκε όμως πως ειδικοί παράγοντες και επιμέρους διαδικασίες (καμιά φορά με αθροιστικό τρόπο) επηρεάζουν κυρίως τη μητρική συμπεριφορά και -μέσω αυτής- την εξέλιξη του παιδιού.

Τέτοιοι ειδικοί παράγοντες και διαδικασίες είναι:

- προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, δηλαδή ότι το παιδί είναι επιθυμητό
- η προηγούμενη πετυχημένη μητρότητα (δευτέρος ή πολυτόκος)
- η προετοιμασία για τον τοκετό μέσα από κάποια ψυχοπροφυλακτική μέθοδο
- η ανθρώπινη παρουσία σε όλα τα στάδια του τοκετού και τις πρώτες μέρες μετά. Δηλαδή, η εξασφάλιση της συνέχειας στην περιγεννητική φροντίδα, ιδιαίτερα η παρουσία και συμπαράσταση από μια άλλη γυναίκα, π.χ. η παραδοσιακή πρακτική μαία
- η επαφή μητέρας-παιδιού τη στιγμή που γεννιέται το παιδί και η διάρκεια αυτής της επαφής.
- η επιτυχία της βλεμματικής επαφής αμέσως μετά τη γέννηση
- ο θηλασμός αμέσως μετά τη γέννηση, και τέλος, αλλά ίσως και πιο σημαντική
- η συμβίωση μητέρας-νεογέννητου στο ίδιο δωμάτιο (rooming-in).

Έχει αποδειχτεί πως όλα τα παραπάνω διευκολύνουν τον δεσμό μητέρας-νεογέννητου.

Άλλοι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο είναι η ψυχική διάθεση της γυναίκας που μπαίνει στο μαιευτήριο για να γεννήσει, η σχέση της με το γιατρό ή / και τη μαία, η επιλογή που της επιτρέπουν να έχει για προσωπικά της θέματα, όπως, αν θα έχει παρέα και ποιον κατά τη διάρκεια του τοκετού, αν θα έχει το δικαίωμα σαν ελεύθερο άτομο να αρνηθεί διαδικασίες ρουτίνας που μπορεί να θεωρεί δυσάρεστες, όπως τον υποκλισημό ή το ξύρισμα, και η βοήθεια και συμπαράσταση του νοσηλευτικού προσωπικού για να γνωρίσει το μωρό της, ν' αναγνωρίσει τις ανάγκες του κλπ.

Τα τελευταία χρόνια οι απόψεις αυτές πέρασαν στη συνείδηση των ανθρώπων, και σε ορισμένες χώρες οι ίδιες οι γυναίκες αποτέλεσαν ομάδες πίεσης. Οι γυναίκες που είχαν σχέση με τον τοκετό, μαίες και νοσοκόμες, ανέλαβαν την ευθύνη να εισάγουν στα μαιευτήρια νέες διαδικασίες. Έτσι, στη Δανία ζήτησαν και πέτυχαν να μη βάζουν σταγόνας στα μάτια του νεογέννητου, γιατί εμποδιζόταν η πρώτη βλεμματική επαφή αμέσως μετά τη γέννηση. Στη Φινλανδία οι μαίες, μαζί με μια ψυχολόγο, κατάφεραν, στις πανεπιστημιακές κλινικές, να δίνουν το παιδί στη μάνα για θηλασμό μέσα στην αίθουσα του τοκετού,

πρακτική που ανέβασε το ποσοστό των γυναικών που θηλάζουν σε 99% και την ηλικία του παιδιού κατά τον αποθλασμό στους 14 μήνες. Στο Βέλγιο απαγορεύεται δια νόμου ν' αποχωριστεί το μωρό από τη μητέρα του, έτσι δεν υπάρχουν αίθουσες για νεογέννητα.

Στην Ελλάδα, οι διαδικασίες ρουτίνας των μαιευτηρίων φαίνεται πως εξακολουθούν να είναι αυτές που αποφασίστηκαν στις αρχές του αιώνα, όταν ο τοκετός σταμάτησε να είναι ένα απλό φυσικό και κοινωνικό γεγονός και ιατρικοποιήθηκε. Οι διαδικασίες που επιβάλλουν τα μαιευτήρια είχαν ίσως κάποιο νόημα την εποχή που ιδρύθηκαν, γύρω στο τέλος του 19ου αιώνα και στις αρχές του 20ου. Μερικές απ' αυτές τις διαδικασίες είχαν σαφή ιατρική αιτιολογία, π.χ. η απομόνωση των νεογέννητων για την αποφυγή των λοιμώξεων. Άλλες είχαν ασαφή αιτιολογία, π.χ. το ξύρισμα ή ο υποκλισημός, και άλλες επιβλήθηκαν για την ανακούφιση της γυναίκας, ή την ευκολία των γιατρών, π.χ. η νάρκωση την τελευταία στιγμή που γεννιέται το παιδί, πρακτική που στην Ελλάδα είναι εξαιρετικά διαδεδομένη, τουλάχιστον στα ιδιωτικά μαιευτήρια, και κατά συνέπεια μεταξύ των ανώτερων κοινωνικών τάξεων, ή και η περινεοτομία που το ποσοστό της φτάνει και το 100% στις πρωτότοκες, ιδιαίτερα στα ιδιωτικά μαιευτήρια.

Για να διερευνηθούν οι διαδικασίες ρουτίνας που επιβάλλονται στα μαιευτήρια των χωρών της Ευρώπης, καθώς και οι διαφορές στην ευαισθητοποίηση του κοινού και του ιατρικού-νοσηλευτικού σώματος γύρω από θέματα όπως ευεξία της γυναίκας που γεννά και ο δεσμός μεταξύ μητέρας και νεογέννητου, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ανέθεσε σε μια Ομάδα Εργασίας ν' ασχοληθεί με θέματα Περιγεννητικής. Τα στοιχεία που συνέλεξε αυτή η ομάδα, παραθέτω στους πίνακες 1-12 και αφορούν τις ψυχοκοινωνικές πλευρές της περιγεννητικής περιόδου.<sup>6</sup>

---

#### Πίνακας 1.

#### ΕΛΕΓΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΒΑΗΤΕΣ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ

- A. Είδος Νοσοκομείου  
Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου ή Μαιευτήριο
  - B. Τόπος  
Αστικό (> 101.000 κάτ.) ή Αγροτικό (≤ 100.000 κάτ.)
  - Γ. Μέγεθος σύμφωνα με αριθμό γεννήσεων το 1981  
Μικρό (> 500) ή Μεγάλο (501<sup>+</sup>)
  - Δ. Φορέας  
Κρατικό ή Ιδιωτικό
- 

6. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν μέρος ενός άρθρου που θα υποβληθεί στο περιοδικό Lancet για δημοσίευση (1984). Οι συγγραφείς MATOY, O. & Mc INTYRE, S. είναι μέλη της Ομάδας Εργασίας της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την Περιγεννητική.

**Πίνακας 2.**

**ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ**

Χώρες	Αρ. Ερωτηματολογίων
Ελλάδα*	11
Τσεχοσλοβακία	6
Γαλλία*	5
Φινλανδία	8
Νορβηγία	8
Δανία	9
Ολλανδία*	12
Μ. Βρετανία	14
Ιταλία	82
Ομοσπ. Γερμανία (μία περιοχή)	200

\* Απάντησαν και ιδιωτικοί φορείς

**Πίνακας 3.**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

- I. Πρόσωπα που επιτρέπεται να είναι παρόντα κατά τα τρία στάδια του τοκετού.
  - Πατέρας
  - Άλλα (μητέρα, φίλη)
  - Παιδιά
- II. Πρώτη επαφή μητέρας-νεογέννητου στην αίθουσα τοκετού.
  - Επαφή πριν την εξώθηση του πλακούντα
  - Επαφή πριν ντυθεί το μωρό
  - Θηλασμός μέσα στην αίθουσα
- III. Rooming-in (το μωρό μένει στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα)
  - Όλο το 24ωρο
  - Ημέρα μόνο
- IV. Ωράριο θηλασμού ή τεχνητής διατροφής
  - Προγραμματισμένο-αυστηρό
  - Ελεύθερο
- V. Επισκέψεις στην αίθουσα νεογνών
  - Ελεύθερες
  - Περιορισμένες (ειδική άδεια ή τζάμι)
- VI. Ελάχιστη ηλικία παιδιών που επιτρέπεται να επισκεφτούν τη μητέρα τους στο μαιευτήριο
- VII. Δικαίωμα επιλογής της επιτόκου
  1. Υποκλυσμός
  2. Ξύρισμα
  3. Παραμονή ή όχι στο κρεβάτι κατά το πρώτο στάδιο τοκετού
  4. Θέση τοκετού

**Πίνακας 4**

**I. Παρόντες κατά τον τοκετό (σε όλα τα στάδια)**

Κανείς	Πατέρας	Και άλλοι	Παιδιά
Ελλάδα*	Ιταλία	Δανία	Δανία**
Τσεχοσλοβακία	Φινλανδία	Ολλανδία	Νορβηγία
	Ομ. Γερμανία	Μ. Βρετανία	Μ. Βρετανία
		Γαλλία	Ολλανδία
		Νορβηγία	

\* Μία εξαίρεση: μεγάλο, αγροτικό, ιδιωτικό μαιευτήριο

\*\* Και κατά τον τοκετό

**Πίνακας 5**

**II. Δεσμός στην αίθουσα τοκετού**

Όλες οι διαδικασίες	Θηλασμός μόνο	Καμία διαδικασία
Γαλλία	Τσεχοσλοβακία	Ελλάδα*
Ολλανδία	Ιταλία (μερικά)	
Δανία	Ομ. Γερμανία (μερικά)	
Μ. Βρετανία		
Νορβηγία		
Φινλανδία		
Ιταλία (μερικά)		
Ομ. Γερμανία (μερικά)		

\* Μία εξαίρεση: μεγάλο, αγροτικό, ιδιωτικό μαιευτήριο

**Πίνακας 6**

**III. Rooming-in**

Ποικίλλει	Ρουτίνα
Ελλάδα*	Μ. Βρετανία
Ιταλία	Γαλλία
Τσεχοσλοβακία	Νορβηγία (μέρα μόνο)
Φινλανδία	Ομ. Γερμανία (24ωρο μόνο)
Ολλανδία	
Δανία	

\* Μόνο στα κρατικά, στην τρίτη θέση

**Πίνακας 7**

**IV. Ωράριο διατροφής (θηλασμού ή τεχνητής)\***

Αυστηρό ωράριο	Ελεύθερο ωράριο
Ελλάδα	Φινλανδία
Τσεχοσλοβακία	Νορβηγία
Ολλανδία	Μ. Βρετανία
Ιταλία	Δανία
	Γαλλία (μόνο για θηλασμό)

\* Σε περίπτωση που δεν υπάρχει rooming-in

**Πίνακας 8**

**VI. Όριο ηλικίας για επισκέψεις παιδιών**

Κανένα	Όριο	Καμία επίσκεψη
Γαλλία	Ελλάδα (12-15 χρ.)	Τσεχοσλοβακία
Νορβηγία*	Ιταλία (6-16 χρ.)	
Δανία	Ομ. Γερμανία (6 χρ.)	
Ολλανδία		
Φινλανδία		
Μ. Βρετανία		

\* Δύο νοσοκομεία αναφέρουν όριο τα 16 χρ.

**Πίνακας 9**

**VII. Δικαίωμα επιλογής: Ξύρισμα**

Υποχρεωτικό	Ποικίλλει
	(από νοσ. σε νοσ.)
Ελλάδα	Μ. Βρετανία
Τσεχοσλοβακία	Ολλανδία
Γαλλία	
Φινλανδία	
Ιταλία	
Νορβηγία	
Δανία	

**Πίνακας 10***VII. Δικαίωμα επιλογής: Υποκλυσμός*

<i>Επιλογή</i>	<i>Υποχρεωτικός</i>	<i>Ποικίλλει (από νοσ. σε νοσ.)</i>
Γαλλία	Ελλάδα Τσεχοσλοβακία Φινλανδία Ιταλία Νορβηγία	Δανία Ολλανδία Μ. Βρετανία

**Πίνακας 11***VII. Δικαίωμα επιλογής: Παραμονή στο κρεβάτι κατά το πρώτο στάδιο*

<i>Επιλογή</i>	<i>Υποχρεωτικό</i>	<i>Ποικίλλει (από νοσ. σε νοσ.)</i>
Ολλανδία Τσεχοσλοβακία	Ελλάδα*	Ιταλία Μ. Βρετανία Φινλανδία Γαλλία Νορβηγία Δανία

\*Μία εξαίρεση: μεγάλο, αγροτικό, ιδιωτικό μαιευτήριο

Όπως φαίνεται στους πίνακες 4-12, η Ελλάδα εφαρμόζει αυστηρές διαδικασίες ρουτίνας στην περιγεννητική περίοδο. Η γυναίκα που πάει να γεννήσει δεν έχει καμιά επιλογή ούτε για το ποιον θα έχει κοντά της την ώρα που γεννά, ούτε για το αν θα υποστεί υποκλυσμό, ξύρισμα (διαδικασίες που αναστατώνουν τις γυναίκες), ούτε για τη θέση που θα γεννήσει, ούτε για το αν θα δει το μωρό της την ώρα που γεννιέται, ούτε για το πότε θα το θηλάσει, ούτε για το αν θα το κρατήσει κοντά της στο δωμάτιο (εκτός από εκείνες τις γυναίκες που έχουν την «τύχη» να γεννούν στη Γ' θέση, οπότεν θέλουν δε θέλουν σμιδιώνουν με το μωρό τους τις πρώτες μέρες της ζωής του), ούτε για το αν τα μεγαλύτερα παιδιά της θα μπορέσουν να την επισκεφτούν στο μαιευτήριο.

Ευτυχώς για όλους μας, φαίνεται πως στον άνθρωπο δεν υπάρχουν ιδιαίτερα κρίσιμες περιόδους στην εξέλιξή του, ό,τι τυχόν έχασε τις πρώτες μέρες μετά τη γέννησή του, μπορεί να το υπερκαλύψει λίγες μέρες αργότερα.

Είναι πια γνωστό ότι οι αισθήσεις του νεογέννητου λειτουργούν σχεδόν τέλεια (τουλάχιστον για την πρόσληψη των ερεθισμάτων που ενδιαφέρουν το δεσμό), όπως είναι επίσης γνωστό πως οι αισθήσεις της λεχώνας είναι ιδιαίτερα αυξημένες. Οι διαδικασίες που ευνοούν το δεσμό και που έχουν γίνει ρουτίνα στα νοσοκομεία μερικών προηγμένων χωρών, δεν εφαρμόζονται μόνο για συναισθηματικούς λόγους, είναι πια συνείδηση της μεγάλης πλειοψηφίας του κοινού, είτε αυτό βρίσκεται από την πλευρά του καταναλωτή, είτε από την πλευρά της προσφοράς του αγαθού «υγεία», πως ένας πετυχημένος δεσμός μεταξύ της μητέρας και του νεογέννητου προωθεί τη μητρική συμπεριφορά και βοηθά το νεογέννητο να οργανώσει τη δική του συμπεριφορά.

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι για πολλούς μήνες μετά τη γέννηση, το βρέφος ζει σχεδόν μέσα από τη μητέρα του. Μέσα από το καθρέφτισμα του εαυτού του στα μάτια της μητέρας του, γνωρίζει συναισθήματα, όπως δυσσαρέσκεια, ευχαρίστηση, ηδονή κλπ., γνωρίζει τη μητέρα του, έστω κι αν δε συνειδητοποιεί για μερικούς μήνες ακόμα ότι αυτή η μαννα είναι ένα διαφορετικό απ' αυτό άτομο. Μέσα απ' αυτή την πρώιμη δυαδική σχέση μπαίνουν τα θεμέλια για την ψυχολογική υπόσταση του ανθρώπου, καθώς και οι βάσεις για την ψυχική του υγεία.

**Πίνακας 12***VII. Δικαίωμα επιλογής: Θέση τοκετού*

<i>Επιλογή</i>	<i>Υποχρεωτική</i>	<i>Ποικίλλει (από νοσ. σε νοσ.)</i>
Δανία Νορβηγία	Ελλάδα Φινλανδία Γαλλία Τσεχοσλοβακία Ιταλία	Ολλανδία Μ. Βρετανία

