



# JAKBY MOTYL FRUNAŁ

OKOŁOPORODOWE  
DOŚWIADCZENIA KOBIEĆ

---

DOMINIKA DZIDO

***Dla mojej Mamy Urszuli***

Redakcja merytoryczna: Joanna Kościańska, Ewa Pietraszek

Redakcja językowa: Grażyna Latos

Korekta: Ewa Pustelnik, Weronika Rychta

Projekt okładki, opracowanie graficzne, skład: Marek Wójcik

Zdjęcie na okładce:

Agnieszka Mocarska, <http://fotografiaporodowa.pl/portfolio/>

Publikacja została wydana przez Stowarzyszenie  
„Pracownia Etnograficzna” im. Witolda Dynowskiego

Warszawa 2023

ISBN: 978-83-947847-9-9

Publikacja nieodpłatna, nie może być sprzedawana.  
Wszelkie prawa zastrzeżone. Przedruk, kopiowanie, skracanie,  
wykorzystanie całości tekstu lub jego fragmentu może być dokonane  
wyłącznie w celach niekomercyjnych, pod warunkiem podania źródła.

## **SPIS TREŚCI**

Poród – spektakl społeczny.	
Na marginesie książki „Jakby motyl frunął”, <i>Sylwia Chutnik</i>	5
Dlaczego o to nie pytamy?	11
Ciało, które warunkuje bycie w świecie	16
Społeczna historia porodu	28
Poród naturalny	35
Poród zmedykalizowany	44
Akcja „Rodzić po ludzku”	51
Ciało społecznie uformowane	69
Społeczne znaczenia wpisane w ciało	76
Doświadczenie okołoporodowe – uważne spojrzenie	96
Ciąża i poród: zmiana, utrata kontroli, ból	101
Pierś karmiąca	125
Co z tego wynika?	141
Spis wywiadów	153
Bibliografia	155

## **PORÓD – SPEKTAKL SPOŁECZNY. NA MARGINESIE KSIĄŻKI „JAKBY MOTYL FRUNAŁ”**

*(...) nie wiem, czy ty wiesz, jak to jest być w ciąży, jakby wielki pies żył w tobie, jakby jadł cię i na spacer po ciebie twoim chodził, jak to jest, pomyśl, kiedy żyje w tobie drugi człowiek i zamiast przespać się, posiedzieć spokojnie, wykonuje bezustanne ruchy kończyn, ciągnie cię za wewnętrzne narządy i próbuje od siebie je odłączyć, komuś ciało swoje pożyczy, kogoś wpuść do środka i niech je twoimi ustami i przez twoje oczy wygląda (...) Bo zrozumiem, poród to nie fochy, to nie stymulacja zęza na komisji wojskowej, to śmierci dziwnej rodzaj, po której żyjesz ciągle, i to jakby dużo mocniej, z tajemnicy kosmosu pieczętką, to osobisty udział w stu naraz wypadkach samochodowych, odłamki szyb i różnych karoserii wbite w sam południk jej zerowy, tysiące rannych i tysiące ofiar, i wyobraź sobie dziecka głowę w swej cewce moczowej, bo inaczej nie zrozumiesz jak człowieka może coś boleć (...)*

Dorota Maślowska  
Oddział patologii ciąży

**W**alczą we mnie dwie pokusy: ironizowania lub wściekłego manifestu. Może najpierw się wyżyję i sobie poheheszkuje, chociaż będzie to śmiech przez łzy, bo sytuacja w kraju Polska nadal nie sprzyja kobietom. Bo jak to jest, że nie chcemy rodzić, zastanawia się od kilku lat rząd. Powołał nawet w tym celu instytut, chociaż są dostępne odpowiednie badania i raporty. Tylko że panuje wieczne zdziwienie – jak to tak? Masz pincet plus? To na co czekasz? Cięża. Nieważne jak, byle szybko, bo nam tu polskich obywateli brakuje. Zaraz znikną, więc fabryka nowych ludzi musi działać bez zarzutu. Oczywiście, babska propaganda będzie zaraz skomleć, że standardy opieki okołoporodowej nie są przestrzegane, ale kobiety zawsze marudzą. Porodówka to nie spa, to nie luksusowy hotel. Fundacja Rodzić po Ludzku przeszpiegowała jakiś czas temu oddziały położnicze w 360 szpitalach. Wyszło jej, że w ponad połowie kobiety wciąż rodzą na wielołożkowym trakcie porodowym lub w wieloosobowych salach, wyposażonych gorzej niż sale jednoosobowe. W 10 procentach z nich nie ma ani jednego sprzętu pomocnego w porodzie, takiego jak piłka czy materac. No rzeczywiście! Może jeszcze łóżko

do solarium wstawić? Nasze babki rodziły w polu i jakoś żyły. A że ich dzieci nie zawsze, to już trudno. Kobieta może zająć w ciążę wiele razy w trakcie swojego życia. I rodzić wszędzie. Nie róbmy z na-tu-ral-ne-go procesu jakiegoś happeningu! Dalej: kobiety domagają się znieczulenia w czasie porodu, że niby dołędźwiowego nie ma, bo brak anestezjologów w szpitalach. Przecież to jest zawód zbyteczny. Niech ludzie zaczną być operowani na żywca. Po co narkoza, po co znieczulenie? Potem się tylko w głowie od tego kręci. A tak, to można zacisnąć zęby i jakoś przeżyć. I jeszcze w raporcie skarżą się na „zmedykalizowanie porodu”, który przez to częściej, niż powinien, kończy się cesarskim cięciem. Medykalizacja musi być, bo to szpital. Koniec kropka. Żadne tam podejrzone czary-mary, tylko zdrowa oksytocyna i lewatywa. A jak za długo rodzi, leżąc w jednym miejscu, to ją na harakiri się bierze – i problem z głową. Najgorzej jednak, że Fundacja wskazuje na poprawiającą się kwestię pierwszego kontaktu matki z dzieckiem. Piszą: „Sytuacja jeszcze nie jest idealna, ale wydaje się, że w coraz większej liczbie placówek ten kontakt jest wydłużany. Coraz częściej rodzice mogą też swobodnie asystować przy zabiegach pielęgnacyjnych i badaniach dziecka”. Asystować? A co to, pielęgniarki się z tych matek porobiły? Przecież od tego są ludzie wyspecjalizowani, a nie jakieś zwykłe kobity. Trzeba będzie się tym zająć. A zresztą: niech sobie mają ten kontakt, jak im tak zależy. Ważne, żeby rodziły więcej i więcej (tylko nie z in vitro). O żłobkach i przedszkolach pomyślimy kiedy indziej.

Dobrze, trochę sobie ulżyłam, a teraz konkretnie.

## **PORÓD KULTUROWY**

Ginekologia ma długą tradycję pomocy pacjentkom, ale też równie długą tradycję działania na niekorzyść kobiet, w imię dbania, jak to ujmuje Jürgen Thorwald, autor książki *Ginekologdy*, o „dobro macicy”. Dobro tak rozumiane rzadko zależy od jej anatomicznej posiadaczki – najczęściej decydują o nim naród, mąż, wspólnota religijna. Wśród opisów pierwszych zabiegów cesarskiego cięcia, a także losów lekarzy, którym zawdzięczamy takie badania jak cytologia (dziękujemy ci, doktorze Papanicolaou!), mowa również o porodach. Dopiero w XVI wieku do-

puszczono mężczyzn do tego wydarzenia, wcześniej była to domena kobiet – akuserek, które nie tylko przyjmowały porody, lecz także dbały o dobrostan rodzących. Były dla nich kompankami w przebyciu trudnej drogi, gdzie ciało i świadomość toczą walkę, której efektem jest nowe życie. Doświadczenie to, z pogranicza mistycyzmu i surowej biologii, przez wieki narosło kulturowymi kliszami. Zmiany postrzegania narodzin, ale i ciąży czy porodu, były zawsze odzwierciedleniem tego, jak postrzegano kobietę i jakie miejsce w społeczeństwie jej przydzielono. Poród i wszystko, co wokół niego, to bowiem spektakl społeczny, który ma swoją dramaturgię, role do obsadzenia i – oczywiście – widownię. Jesteśmy nią wszyscy. Nadzorujemy i karzemy, zwłaszcza wtedy, kiedy osoba rodząca ma czelność nie grać według scenariusza narzuconego „dla jej dobra”.

Kampanie takie jak „Rodzić po ludzku”, które miały wpływ na postrzeganie praw kobiet, rozwijały się przez lata i zaczęły stanowić ważny element polityki feministycznej. Również w czasie Strajku Kobiet w 2020 roku domagano się między innymi szerokiego dostępu do badań prenatalnych, propagowania wiedzy o Sieci Lekarzy i Lekarek Przyjaznych Pacjentkom, wzmocnienia roli położnych w prowadzeniu ciąży i przy porodzie oraz możliwości wyboru miejsca rodzenia, realnej dostępności łagodzenia bólu porodowego czy upodmiotowienia rodzącej. Wszystkie te postulaty swój początek mają w rewolucyjnej wręcz – chociaż z perspektywy historycznej oczywistej – koncepcji podejmowania wyboru przez rodzącą i odejścia od dominacji medykalizacji porodu. Dotyczy to również okresu porodu, który często jest pomijany ze względu na nacisk jedynie na proces porodu. Organizacje kobiece zwracały więc uwagę na konieczność wprowadzenia rehabilitacji odcinka lędźwiowo-krzyżowego czy uroginekologicznej, zagwarantowanie szerokiego wsparcia w karmieniu piersią czy wsparcia psychologicznego. W ramach inkluzywnego feminizmu pojawiają się coraz częściej postulaty dotyczące zadbania na oddziałach położniczych o osoby w spektrum autyzmu, z niepełnosprawnością, zakażone wirusem HIV czy Głuche. Tendencja ta pokazuje odejście od jednolitego obrazu osoby rodzącej i włącza w dyskurs dotyczący praw reprodukcyjnych kolejne grupy matek. Co to oznacza? Być może to kolejny krok do odejścia od stereotypu matki Polki jako poświęcającej się kobiety bez możliwości własnej ekspresji lub zadbania o swoje potrzeby. To również „poszerzenie

poła walki” w stronę emancypacyjnych postulatów, które dotychczas deprecjonowane były jako drugorzędne. I chociaż topos „dobra dziecka” jest nadal dominujący, zwłaszcza w szpitalach i państwowych placówkach, to organizacje i środowiska feministyczne przez ostatnie lata wywalczyły wiele zmian. Nawet jeśli ze względu na restrykcyjne prawo antyaborcyjne i „klauzulę sumienia” nadal naraża się osoby rodzące na śmierć w imię ratowania życia płodu, to coraz częściej przypadki zabójstw (inaczej nie można nazwać narażania życia osób w ciąży) są nagłaśniane i potępiane.

Kampanie informacyjne, a przede wszystkim outy samych matek zmieniły również postrzeganie dobrostanu i zdrowia psychicznego. Chociaż wiele jest jeszcze do zrobienia w tym temacie.

## **PORÓD NIE KOŃCZY SIĘ NA PORODZIE**

Depresja poporodowa to jeden z tych problemów, który teoretycznie jest opisywany: a to gdzieś mignie artykuł w kobiecym magazynie, a to obejrzymy reportaż w telewizji. Jednak w razie jakiejś rozmowy od razu pojawiają się głosy oburzenia. Że to wydumany problem – przykrywka dla tych matek, które po prostu nie kochają swoich dzieci. Po prostu? Tymczasem to, jak czuje się matka po porodzie, powinno być również w sferze zainteresowań nie tylko społeczeństwa, w tym najbliższych, ale i ochrony zdrowia. Poród nie jest bowiem jedynym elementem stawania się matką czy opiekunką. To proces, który – rozłożony w czasie – jest ważny i powinien podlegać ochronie na każdym etapie.

Dzieła kultury również pokazują problem depresji, jak choćby film *Obcy we mnie* niemieckiej reżyserki Emily Atef. Wszystko zaczyna się zwyczajnie: Rebecca i Julian z niecierpliwością oczekują narodzin swojego pierwszego dziecka. Planują dla niego miejsce do spania, chcą zbudować specjalny domek, w którym będzie mógł się bawić. Są szczęśliwą parą, która znajduje czas na wspólne kąpiele, całuski i wzajemne wspieranie się. Jednak gdy tylko niemowlę pojawia się na świecie, Rebecca zaczyna odczuwać niewyjaśniony strach i bezsilność w obecności dziecka. Od razu na sali porodowej wydaje się zdziwiona, zagubiona, jakby nieobecna. Para wraca do domu, a młoda mama zupełnie pogrąża się w ciemności. W pewnym momencie zdaje sobie sprawę, że staje się zagrożeniem dla własnego dziecka. Otoczenie, początkowo wyrozumiałe



dla „tego trudnego okresu w życiu kobiety”, zaczyna robić się podejrzliwe. Stany maniakalne nasilają się, Rebecca ucieka z domu. Po znalezieniu jej nieprzytomnej w lesie zaczyna się żmudny proces terapii. Diagnostyka psychologa: depresja poporodowa. Przytaczam fabułę, ponieważ jest ona dość częstym schematem zachorowań i doświadczeń kobiet.

Miałam przyjemność prowadzić rozmowę z reżyserką po premierowym seansie. Rozmawiałyśmy wspólnie z bardzo liczną widownią na temat tabu, jaki stanowi depresja u młodych matek. Ekspertki biorące udział w dyskusji wyjaśniły, że jest to choroba, która – na szczęście – jest uleczalna. Opowiadały o przypadkach, kiedy kobiety nie wiedziały, gdzie szukać pomocy, nie znalazły również wsparcia ze strony najbliższych, ponieważ ci zwyczajnie nie zdawali sobie sprawy, co dzieje się z taką kobietą. Jak to, nie chce zajmować się swoim dzieckiem? Płacze, nie przytula płaczącego noworodka i śpi, zamiast prasować ubranka? Wyrodna matka, wariatka. Tymczasem tabu depresji poporodowej jest tak silne – i to w różnych kulturach – że ludziom, nawet najbliższej rodzinie, zwyczajnie brak informacji na temat tej choroby.

Co ciekawe, w recenzjach filmu *Obcy we mnie* przewijał się motyw zupełnego niezrozumienia. Recenzenci zwracali uwagę, że to „wydumany problem”, pokazany schematycznie, niepotrzebnie wyolbrzymiony. Tak, jakby nie zdawali sobie sprawy, że depresja poporodowa nie jest wymysłem kobiety.

Zwykło się przyjmować, że miłość do dziecka następuje automatycznie, że tak już wyposażyła nas biologia. Ale bywa tak, że kobiety czują w stosunku do noworodka obcość, wręcz wrogość. Do takich emocji trudno przyznać się nawet przed samą sobą. Milczenie i udawanie, że wszystko jest w porządku, nakręca spiralę choroby, która nie jest leczona, a tłumiona. Czasami depresję myli się z *baby blues*, czyli melancholią po porodzie, na którą cierpi około 80 procent młodych mam. Zawsze jednak chora kobieta uwikłana jest w sieć wstydu, upokorzenia i stygmatu. Jednym z wyjaśnień genezy depresji poporodowej jest słaba odporność na wahania hormonalne po ciąży. Właściwie TO może dopaść każdą z nas. Ale jeśli będziemy traktować ją jako jednostkę chorobową, to będziemy mogli w porę ją odkryć i uleczyć. W innym przypadku może się to skończyć naprawdę źle.

Wyobraźmy sobie polski odpowiednik bohaterki filmu *Obcy we mnie*. Młodą dziewczynę z Radomia czy Płocka, która z wytęsknieniem oczekuje

dnia porodu. Czyta dużo o ciąży, o opiece nad noworodkiem. Kolekcjonuje wyprawkę, podeksycytowana wybiera modele wózków. Zastanawia się nad imieniem dla dziecka i tak dalej. Słowem: robi te wszystkie rzeczy, które kobiety w ciąży uwielbiają robić (łącznie z zachciankami w środku nocy). Wreszcie poród: lepszy, gorszy. Dziecko jest na zewnątrz. Po pierwszym zmęczeniu przychodzi czas na przyzwyczajanie się do nowej sytuacji. Zapoznanie z nowym człowiekiem, zapoznanie samej ze sobą – w tej nowej roli. I tu zaczynają się kłopoty, wahania nastrojów, zmęczenie, apatia. Mama z teściową uśmiechają się wyrozumiale, a koleżanki uspokajają – to tak zwykle bywa na początku. Kiedy złapie się odpowiedni rytm dnia, wszystko przejdzie. Poza tym patrzenie, jak dziecko się rozwija, jest fascynujące i z pewnością zadośćuczyni wszelkim smuteczkom. Taaak, tak to zazwyczaj działa. Ale młoda mama pogrąży się w coraz większej depresji i niewiele już zauważa spraw wokół siebie. Dziecko płacze, mąż przychodzi późno z pracy. Jest ona i cztery ściany. I ono – niby najważniejszy człowiek na ziemi, ale w rzeczywistości obcy, uzurpator każdej wolnej chwili, potwór. Nie ma z kim porozmawiać, nie ma szans na zadanie pytania „co się ze mną dzieje?”. Jest za to strach, że ktoś odkryje prawdę: nie kocham swojego dziecka. Że ktoś mi je odbierze, że oskarży mnie o coś. Młoda mama tkwi więc w coraz gorszej sytuacji, wmawiając sobie, że to minie. Ale nie robi nic poza zacieraniem śladów po coraz większych obawach. Sytuacja bez wyjścia. I tylko można czekać na jakąś mądrą koleżankę, terapię, impuls w postaci przeczytanego artykułu czy obejrzanego filmu.

„Dlaczego o to nie pytamy?“, zastanawia się Dominika Dzido w swoim tekście. Dlaczego nie chcemy słuchać kobiet, które doświadczyły stawania się matką? Być może dlatego, że usłyszeć możemy coś, co będzie wykraczało poza z góry ustalony scenariusz. Poza oczekiwania społeczne, polityczne czy kulturowe. Włączy nam się tryb oceniania, komentowania i ulubionego: „bo ja na jej miejscu”. Tymczasem każde doświadczenie porodu jest inne, niezaplanowane i wymykające się różnym wzorom. Może zachwiać nie tylko patriachatem, ale i naszymi (zazwyczaj dość stereotypowymi) przyzwyczajeniami i wizjami sielskiego macierzyństwa. Pora więc oddać głos tym, które mają za sobą doświadczenie dawania życia, i wsłuchać się w ich głos, którego dotychczas nie było komu słuchać.

Sylwia Chutnik

## DLACZEGO O TO NIE PYTAMY?

**M**oja mama Urszula, opowiadając o tym, jak mnie rodziła pod koniec lat 70. XX wieku, przede wszystkim wspominała lekarza mocno uciskającego jej brzuch. Gniewienie miało ponoć pomóc w porociu. Tylko tyle pamiętam. Tyle tylko wiem. Gdy miałam możliwość, nie pytałam o więcej szczegółów. Gdy się nimi zainteresowałam, nie mogłam już o nic spytać. Dziś, po śmierci mamy, myślę, że poród musiał być dla niej doświadczeniem trudnym, jeśli nie traumatycznym. Wiele razy przywoływała bowiem tamto doświadczenie.

Lata później spróbowałam porozmawiać o porodzie z jedną z moich babć – Antoniną. I tu się jednak spóźniłam. Babcia niewiele pamiętała, ale możliwe też, że po prostu nie chciała pamiętać. Wiem tyle, że obydwu synów urodziła w warszawskim szpitalu w połowie lat 50. Nie zamierzałam się jednak poddawać. I tak, wypytyując kolejne kobiety z mojej rodziny, dowiedziałam się, że moja praprababcia Stanisława odbierała porody.

Praprababcia mieszkała we wsi na terenie dzisiejszego województwa kujawsko-pomorskiego. Doglądała moją prababcię Helenę, gdy ta rodziła moją babcię Antoninę, a później jej młodszą siostrę Krystynę. To właśnie dzięki cioci Krysi poznałam skrawek rodzinnej historii składającej się na większą, ale nadal szczątkową opowieść o okołoporodowych doświadczeniach moich przodków.

Nie mogę sobie przypomnieć impulsu do zajęcia się tematem okołoporodowego doświadczenia kobiet, ale pamiętam to dojrzewające we mnie zainteresowanie. Ciało jest fascynującym obszarem badań i rozważań. Od kiedy zajęłam się nim w czasie studiów magisterskich w Instytucie Etnologii i Antropologii Kulturowej na Uniwersytecie Warszawskim<sup>1</sup>, zainteresowanie to wciąż jest we mnie żywe. Nie jestem jednak w stanie cofnąć się do momentu, gdy zdecydowałam się skierować uważne spojrzenie na kolejne etapy doświadczenia okołoporodowego w aspekcie cielesnym. Być może już wtedy miałam antropologiczne przeczucie, że to złożone doświadczenie. Na pewno jednak nie wiedziałam, jak

---

<sup>1</sup> D. Dzido, *Kulturowe kody płci*, [w:] *Praktyki cielesne*, red. J.M. Kurczewski, Warszawa 2006, s. 169–221.

bardzo jest ukryte pod kulturową maską stanu błogosławionego i wyparte przez doświadczenie macierzyńskie.

Ten esej to efekt wielu lat mojej pracy, która zaczęła się w 2003 roku na studiach doktoranckich w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych na Uniwersytecie Warszawskim pod kierunkiem prof. dr hab. Joanny Tokarskiej-Bakir. W czasie tych studiów zrealizowałam badania, które stanowią fundament dla niniejszego tekstu. Nie udało mi się jednak ukończyć pracy doktorskiej w wymaganym terminie. Splot okoliczności osobistych i uczelnianych skłonił mnie do podjęcia decyzji o zamknięciu etapu akademickiego. Na jakiś czas odłożyłam wówczas badania nad doświadczeniem okołoporodowym. Tekst czekał na swoją kolejną szansę. Pewnego dnia pomyślałam, że nie mogę tak po prostu zostawić w szufladzie tego, co z trudem i zaangażowaniem wypracowałam w okresie studiów doktoranckich. Przede wszystkim, że nie mogę zostawić tylko dla siebie tych historii o doświadczeniu okołoporodowym. Historii, które miałam okazję poznać i które prowadziły mnie w coraz bardziej ukryte obszary. Nie mogłam ich zostawić w szufladzie również dlatego, że wszystkie złożyły się w ważną opowieść o niedocenionej pracy kobiet wykonywanej na poziomie ciała. Chcę tę pracę swoją książką docenić.

Badania antropologiczne na temat ciąży, porodu i połogu rozpoczęłam od rozmów. Pierwsze trzy tak zwane rozmowy pilotażowe, które posłużyły później do opracowania scenariusza rozmów, przeprowadziłam na początku 2005 roku z kobietami w wieku 30, 28 i 27 lat, mieszkankami Warszawy. Pierwsza była wówczas mamą 7-miesięcznego dziecka, druga 4-letniego i rocznego, a ostatnia w siódmym miesiącu swojej pierwszej ciąży. Pierwszą turę rozmów włączonych do badań przeprowadziłam w połowie 2005 roku z kobietami w wieku od 26 do 33 lat, matkami jednego dziecka w pięciu przypadkach, dwójki dzieci w trzech przypadkach oraz z jedną matką dwójki dzieci, spodziewającą się trzeciego dziecka i z kobietą posiadającą jedno dziecko, mającą na dniach urodzić kolejne. Dzieci moich rozmówczyń w momencie przeprowadzania wywiadów były w wieku od czternastu miesięcy najmłodsze do sześciu i pół roku najstarsze. Rozmówczynie rekrutowały się z grupy matek spotykających się raz w tygodniu przy Dominikańskim Ośrodku Rodziny w Warszawie. Na rozmowy umówiłam się z pierwszą dziesiątką, która odpowiedziała na moją wiadomość wysłaną na listę mailingową tej

grupy. Drugą turę wywiadów przeprowadziłam w okresie od grudnia 2006 roku do września 2007 roku z mieszkankami Warszawy w wieku od 26 do 44 lat, z sześcioma matkami jednego dziecka i sześcioma mającymi po dwoje dzieci. Jedna rozmówczyni w tej grupie w momencie przeprowadzania wywiadu była matką trójki dzieci, a kolejna czwórki. Dzieci moich rozmówczyń były wówczas w wieku od pięciu miesięcy najmłodsze do dziewiętnastu lat najstarsze. W ten sposób poznałam najwięcej okołoporodowych historii, które złożyły się na niniejszy tekst. Esej wyrósł z mojego osobistego zainteresowania przeżyciami kobiet oraz ze zobowiązania, które podjęłam jako doktorantka. Stąd właśnie dwugłos tej opowieści. Z jednej strony intymna narracja, odwołująca się do przeżyć i odczuć. Z drugiej strony teorie, odniesienia i cytaty z książek. Pierwszy głos uznałam za niezbędny do tego, by wniknąć w interesujący mnie temat. Drugi był mi potrzebny do opowiedzenia o tym na uczelni. Ten pierwszy w dużej mierze oddałam kobietom, które zdecydowały się opowiedzieć o swoim doświadczeniu. Drugim, akademickim głosem opowiadam o społecznej historii porodu, prezentuję dwa odmienne podejścia – naturalne i zmedykalizowane, a ciało oglądam z perspektywy antropologicznej i filozoficznej. Przyglądam się też temu, jak oplatane jest ono siatką znaczeń społecznych, i rozpatruję je jako jeden ze współczesnych fundamentów jednostkowej tożsamości. Umieszczam osobiste doświadczenie w szerszym, społecznym wymiarze, dzięki czemu indywidualna, intymna historia zyskuje nowe znaczenie, stając się częścią większej opowieści. I choć od przeprowadzenia wywiadów do momentu wydania książki minęło 18 lat, to zapisane w nich doświadczenie nie straciło na aktualności i, co szczególnie ważne, złożyło się na opowieść dowartościowującą ciężką pracę, którą kobiety wykonują, będąc w ciąży i położu czy rodząc.

Jest to ważna praca, rzadko jednak o nią pytamy, a jeśli nawet, to bez wchodzenia w temat głębiej. Czy dlatego, że tak mocno powiązany jest on z ciałem i fizjologią? Czy uznajemy go za zbyt intymny? Oczywiście, ciąża, poród i połów są doświadczeniami bardzo cielesnymi. Można powiedzieć, że w jakimś stopniu wręcz ujawniają ciało, którego na co dzień nie doświadczamy w sposób równie świadomy. Jednocześnie jednak przynależą do sfery społecznej. W każdym zakątku świata okołoporodowe doświadczenie kobiet jest obudowane zwyczajami kulturowymi i społecznymi normami. Podobnie jak okres dojrzewania, w tym

pierwsza miesiączka, oraz przekwitanie kobiet, a więc te wydarzenia, które kultury tradycyjne kojarzyły z odtwarzaniem się życia.

Według dawnych polskich wierzeń i zwyczajów cykl odtwarzania się życia powiązany był z zaświatami. Związek z nimi symbolicznie wyrażały bowiem krew i ciąża. „W Polsce nawet wtedy, gdy kobieta powiadomiła już męża i najbliższą rodzinę o odmienności swojego stanu, a nawet wówczas, gdy przepełniona pęczniejącym w niej życiem jawnie demonstrowała swą niezwykłość, uważano, że nie było to jeszcze życie. Były to ledwie jego symptomy. Prawdopodobnie nosiła w łonie zadomawiającego się dopiero przybysza z *tamtego* świata. A przecież stamtąd wywodziła się także wszelka płodność pól, zwierząt, więc zapewne i kobiet. Ciąża była zapowiedzią życia, dowodziła zaistnienia ucieleśniającej się potencji”<sup>2</sup>. Ponieważ kontakt z zaświatami postrzegany był jako groźny dla otoczenia, okres ciąży wymagał od kobiety dostosowania się do szeregu reguł. Uważano na przykład, że ciężarna nie powinna opiekować się rozmnażającymi się zwierzętami, tak jakby obawiano się, że obecny w niej pierwiastek z zaświatów wchłonie potencjalne życie zwierząt czy roślin. Związek kobiety ciężarnej z zaświatami sprawiał też, że odgrywała ona ważną rolę w ludowej magii leczniczej.

Różnymi zasadami obłożony był także czas porodu. Uznawany za sytuację graniczną, a więc niebezpieczną, nakazywano odbywać go w miejscu szczególnie pewnym i spokojnym, najlepiej w domowej izbie. Dozwolona była przy tym wyłącznie asysta osób niezbędnych, w tym tak zwanej babki, czyli starszej kobiety przyjmującej wszystkie okoliczne porody. Babka dla ułatwienia porodu: „ubierała położnicę w lnianą koszulę, wyjmowała jej wszystkie spinki, zapinki i agrafki, rozpuszczała włosy, rozwiązywała, rozplatała, rozplątywała wszelkie splecenia, zaplątania, zawiązania. Z punktu widzenia kulturowych reguł wydaje się bowiem niemożliwe, aby cokolwiek można było zawiązywać wtedy, gdy ma nastąpić rozwiązanie, wydobyć, wyjaśnienie. To oczywista sytuacja, która wymaga przede wszystkim obrzędowego otwarcia”<sup>3</sup>.

O otwarciu egzystencjalnym towarzyszącym porodowi pisała też polska filozofka Jolanta Brach-Czaina, wskazując, że wymaga ono czasu,

---

<sup>2</sup> A. Zadrożyńska, *Światy, zaświaty. O tradycji świętowań w Polsce*, Warszawa 2000, s. 179.

<sup>3</sup> *Ibidem*, s. 190.

bo jest procesem<sup>4</sup>. Procesowi temu, z uwagi na element ludzkiej krwi, towarzyszyć może groza, a także – podobnie jak w obrzędach przejścia – trans i krzyk, którego – jak pisze profesor Brach-Czaina – nie słyszy się w zwykłych okolicznościach.

Poród jest więc sytuacją inną od tych dobrze nam znanych z codzienności. Osobistą, a jednocześnie stanowiącą część kultury. Wydarzeniem, w którym uczestniczą inni członkowie i członkinie społeczności – kiedyś bliższej, dziś raczej obcej, szpitalnej. Jest niezwykły. Dlatego właśnie jemu poświęcam niniejszą książkę.

---

<sup>4</sup> J. Brach-Czaina, *Szczeliny istnienia*, Kraków 2006, s. 22.

## **CIAŁO, KTÓRE WARUNKUJE BYCIE W ŚWIECIE**

**T**o francuski filozof Paul Ricoeur uznał ciało za warunek bycia w świecie<sup>5</sup>, idąc za wcześniejszą fenomenologiczną myślą, dzięki której podmiot odzyskał swoją cielesność. Akt dostrzeżenia jedności psychofizycznej podmiotu stanowił zerwanie z wielowiekową pokartezjańską tradycją postrzegania ciała jako tego mniej znaczącego bytu. Zgodnie z perspektywą kartezjańską ciało jest zaledwie mechanizmem umożliwiającym funkcjonowanie. Pojemnikiem dla sprawczego umysłu. Dziś jednak wiemy, że człowiek to istota społeczna i ucieleśniona. Trzymając się zatem Ricoeura, warto spytać o to, w jaki sposób ciało warunkuje bycie w świecie osoby, która jest w ciąży, rodzi i jest w położu. Pierwszymi opowieściami, po które sięgnę, żeby znaleźć odpowiedź na to pytanie, będą prace artystyczne. Tych dotyczących doświadczenia okołoporodowego wypatrywałam na wystawach od samego początku zainteresowania tematem. Byłam na wystawie Dzień Matki w 2005 roku, Sztuka Matek w 2010 roku, Matki Negocjatorki w 2012 roku, Zapisane w ciele w 2014 roku. Do tej pory przechowuję w zakamarkach pamięci stop-klatki z wernisaży w Galerii XXI czy Apteka Sztuki w Warszawie. Zapisaly się jako znaczące momenty na mojej drodze badań i rozważań z uwagi na prace, które upewniały mnie, że to, o czym w tym eseju napisałam, ma znacznie. Czasem nie byłam tego pewna.

### **PRZYNIESIONE Z GALERII SZTUKI**

Zacznę od pracy, której nie widziałam na żywo, a która, ilekroć oglądam ją na jakimś zdjęciu w internecie, zatrzymuje mnie przy sobie. Mowa o hiperrealistycznej, wysokiej na 2,5 metra rzeźbie *Pregnant Woman* (2002)<sup>6</sup> Rona Muecka. Przedstawia kobietę będącą w końcowym okresie ciąży, która wydaje się wyczerpana i jednocześnie całkowicie skupiona na zachodzących w jej wnętrzu procesach. Być może czuje pierwsze skurcze. Widzimy ją nagą, z dużym brzuchem, przez który biegnie cha-

---

<sup>5</sup> P. Ricoeur, *O sobie samym jako innym*, przeł. B. Chełstowski, Warszawa 2003.

<sup>6</sup> <https://nga.gov.au/on-demand/ron-mueck/> (dostęp: 13.11.2023).



rakterystyczna ciężowa pręga. Nadnaturalna postura potęguje wrażenie wielkiego brzucha, górującego nad głowami osób patrzących na rzeźbę. Brzuch wyrzeźbionej kobiety jest idealnie okrągły, przypomina planetę. Jest dosłownie i w przenośni nowym światem.

Jedna z moich rozmówczyń, opisując swój stan pod koniec ciąży, użyła określenia „brzuszysko”. W ten sposób chciała podkreślić monstrualne wymiary, jakie osiągnęła. Rosnący w ciąży brzuch jest jednym z wyznaczników doświadczenia okołoporodowego i choć nie zawsze jest ogromny, to zawsze wprowadza w życie kobiety zmianę na wielu poziomach.

*Bombowniczka* (2008) Anny Baumgart nie ma w sobie tej łagodności. W postaci młodej dziewczyny jest element wojowniczy. Zaciśnięta pięść sygnalizuje gotowość do walki lub buntu. Kobieta z dumą prezentuje swoje ciało. Można nawet powiedzieć, że je prowokacyjnie odsłania, ponieważ krwiście czerwona spódnica ma rozcięcie z przodu. Być może jest to nawiązanie do gestu unoszenia spódnicy i ukazania genitaliów, aktu pełnego mocy i praktykowanego dawniej w różnych częściach świata, o czym pisze Catherine Blackledge<sup>7</sup>. Wyrzeźbiona kobieta ma na twarzy maskę świni, co z jednej strony przywołuje rozmaite negatywne, utrwalone w naszej kulturze skojarzenia, w tym z brudem, nieczystością i czymś wstrętnym, ale także te pozytywne, związane z płodnością czy obfitością. Świńską twarz można też rozumieć jako odwołanie do biologicznej instynktownie części siebie. W ciekawy sposób nawiązały do tego moje rozmówczynie, opowiadając o zwierzęcych aspektach swojego doświadczenia okołoporodowego. Na *Bombowniczkę* można również spojrzeć jak na kogoś, kto ma ze sobą bombę. Nie wiadomo, co się wydarzy. Dla części moich rozmówczyń okres ciąży, porodu czy karmienia piersią okazywał się czasem niespodziewanych wydarzeń, także tych dziejących się w ich ciele, czego przykłady podaję w dalszej części tekstu.

---

<sup>7</sup> C. Blackledge, *Wagına. Kobięca seksualność w historii kultury*, przeł. K. Bartuzi, Warszawa 2003, s. 17.



Anna Baumgart, *Bombowniczka* (dzięki uprzejmości artystki)

Niepewność i utrata kontroli nad ciężowym ciałem to temat fotograficznego cyklu *Widoczki: Obcy we mnie* Patrycji Dołowy. Tytułowy obcy, będący przyczyną utraty kontroli, jak również źródłem odczucia podwójności, przywodzi na myśl dawne wierzenia łączące płód z zaświatami. Tajemnicza, niepokojąca sceneria poniższego zdjęcia koresponduje bardziej z wyobrażeniem o zaświatach niż z funkcjonującym powszechnie w świadomości obrazkiem uśmiechniętej i szczęśliwej młodej kobiety w ciąży. Cykl prezentuje też wyzwania tożsamościowe, przed jakimi stanęła artystka, doświadczysz strachu przed wspomnianą utratą kontroli nad ciałem, graniczności porodu czy, jak sama to ujęła, rozdzielenia światów – codziennego i twórczego, macierzyńskiego i tego własnego, w jakiś sposób odrębnego.

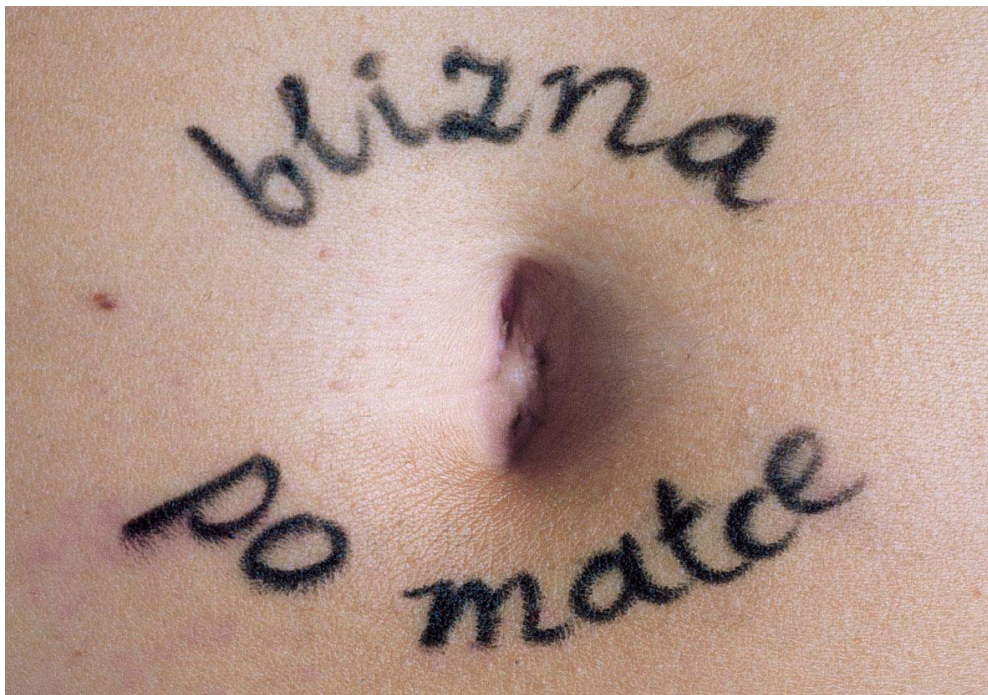


Patrycja Dołowy, *Widoczki: Obcy we mnie* (dzięki uprzejmości artystki)

Wątek rozdzielenia obecny jest na okładkowym zdjęciu autorstwa Agnieszki Mocarskiej, która uchwyciła szczególny moment. Ciało

noworodka jest już oddzielne od matczynego, ciągle jednak połączone z łożyskiem, częścią matki. To moment przed przecięciem ostatniego trwałego łącznika między tymi ciałami. Umieszczone w miseczce łożysko jest unaocznieniem materialności porodu, która według amerykańskiej filozofki Susan Bordo, co rozwinę dalej, bywa problematyczna. Dziś widok łożyska może budzić różne, w tym negatywne, odczucia, ale co najmniej do pierwszej wojny światowej na terenach Europy Środkowo-Wschodniej praktykowane były rozmaite zwyczaje wymagające bezpośredniego kontaktu z łożyskiem<sup>8</sup>.

Ślad tego rozdzielenia to temat pracy Moniki Mamzety. Sfotografowany pępek przypomina o pierwotnym połączeniu dziecka z matką. Przerwanie tego połączenia naznacza ciało blizną, śladem jak po ranie.



Monika Mamzeta, *genealogia/ginealogia* [blizna po matce], 1999–2001  
(dzięki uprzejmości artystki)

---

<sup>8</sup> J.S. Bystrzeń, *Słowiańskie obrzędy rodzinne. Obrzędy związane z narodzeniem dziecka*, Kraków 1916, s. 59.



Fragmenty zasuszonej pępownicy wykorzystała w swojej pracy *Fabryka pępków* Sylwia Chutnik. Jak sama napisała w katalogu wystawy *Zapisane w ciele*, odnalezienie w rodzinnych pamiątkach jej własnego zasuszonego pępka wzbudziło w niej poczucie obrzydzenia, ale jednocześnie zaniepokojenie. Jest to przykład ambiwalentnego spotkania z materialnością ciała. Praca porusza interesujący mnie temat cielesnych pamiątek. „Te strupy należą do mnie i do mojego syna. Są jak ślady mojej mamy, która przestała być częścią mnie. Są jak ślady mnie, która przestała być częścią syna”<sup>9</sup>.

Kolejny raz do wątku zapisanych na ciele doświadczeń powraca Monika Mamzeta w pracy z 2003 roku. Tytułowy uśmiech to blizna po cesarskim cięciu. Sfotografowany i stale obecny na ciele szew zawsze będzie przypominać o ciąży i porodzie, w tym zapewne też o bólu, jaki ma miejsce po operacji.



**Monika Mamzeta, bez tytułu [uśmiech], 2003 (dzięki uprzejmości artystki)**

---

<sup>9</sup> S. Chutnik, *Fabryka pępków*, [w:] *Zapisane w ciele*, katalog wystawy, Warszawa 2014, s. 36.

Z cyklu „Splamione” autorstwa Bo Dzierwy wybrałam autoportret odwołujący się do doświadczenia karmienia dziecka piersią. Gest uchwycenia przez artystkę piersi i jakby podania ich karmionemu dziecku zinterpretowałam jako akt ofiarowania ich jemu. Przyczepione do sutków czerwone wstążeczki, które kręcą się jak przy bukicie z kwiaciarni, skojarzyłam z prezentem, co pozwoliło mi myśleć, że tematem pracy jest ciało, które w wyniku okołoporodowego doświadczenia przestaje już należeć wyłącznie do kobiety. Jednak w toku wymiany korespondencji z artystką, gdy starałam się o zgodę na zamieszczenie zdjęcia pracy w książce, dowiedziałam się, że karmienie piersią było dla Bo Dzierwy bardzo bolesnym doświadczeniem. Więcej krwi niż mleka, co każe mi w jeszcze inny sposób spojrzeć na czerwone wstążeczki. Wspomnienie tego czasu do dziś wywołuje w artystce silną, cielesną reakcję wzdrygnięcia się.



**Bo Dzierwa, z cyklu „Splamione” (dzięki uprzejmości artystki)**

Na fotografii widać też brzuch artystki naznaczony okołoporodowymi rozstępami, z charakterystyczną skórną fałdą. Amerykańska fotografka Jade Beall również pokazała na swoim ciele, jak zmieniało się ono pod wpływem okołoporodowych doświadczeń. Po tym, jak opublikowała w sieci własne ciążowe zdjęcia, otrzymała wiele próśb o fotograficzne

portrety od innych ciężarnych. To zainspirowało Beall do zrealizowania sesji z 50 kobietami będącymi w ciąży lub tuż po porodzie, gotowymi do pokazania prawdziwego, niewyretuszowanego ciała. Na zdjęciach, które złożyły się na książkę *The Bodies of Mothers*, widać rozstępy, fałdy, krągłości i blizny.

Odkrycie swojego ciała i pokazanie go takim, jakim jest naprawdę po ciąży, porodzie i w czasie karmienia, było odważnym gestem Bo Dzierwy i kobiet sfotografowanych przez Jade Beall. W kulturze masowej ciało, również to w ciąży i po niej, może bowiem zostać pokazane wyłącznie wtedy, gdy spełnia określone normy piękna. Świetnym tego przykładem jest zdjęcie Nataszy Urbańskiej zamieszczone na okładce magazynu „Viva! de Luxe” w 2008 roku<sup>10</sup>. To zdjęcie wydało mi się znaczące w kontekście prowadzonych badań i skłoniło mnie do przejrzenia innych numerów magazynu „Viva!”.

## KOLOROWE MAGAZYNY

Fotografia Urbańskiej utrzymana jest w złotej tonacji. Naga tancerka siedzi bokiem na złotym satynowym materiale, eksponując krągłość ciężowego brzucha. Ma wyrazisty makijaż, złote kolczyki i złoty odcień skóry. Patrzy prosto w obiektyw. W środku pisma znajduje się jeszcze kilka nagich zdjęć, na których Urbańska prezentuje swoje idealne ciało.

---

<sup>10</sup> „Viva! de Luxe” 2008, nr 21 (306).





Natasza Urbańska, fot. z archiwum autorki

W towarzyszącej zdjęciom rozmowie Urbańska wyznała, że nigdy nie zgodzi się na to, by mąż był przy porodzie. Nie chce, żeby widział jej zmasakrowane ciało. Tancerka przyznaje więc, że chętnie pokazuje

tylko część swojej intymnej historii, podczas gdy pozostałą pragnie ukryć nawet przed partnerem. To wyznanie oraz opublikowane w magazynie zdjęcia określały ówczesne estetyczne ramy, w których musiała się zmieścić narracja poświęcona ciąży i porodowemu doświadczeniu. Zgodnie z nimi ciało ciążowe czy rodzące nadaje się bowiem do pokazania tylko o tyle, o ile spełnia normę ciała jako obiektu konsumpcji wzrokowej<sup>11</sup>. Potwierdza to wiele innych przykładów z kolorowych magazynów dla kobiet, które ciągle i niezmiennie przekazują czytelnikom mocny komunikat o tym, że wygląd jest najważniejszy i że nieustannie trzeba o niego dbać, również w ciąży. A że idealne ciała potrzebują odpowiedniego wyeksponowania, to nie dziwi fakt, że bohaterki rozmów poświęconych okołoporodowemu doświadczeniu często ubrane są w wyszukane stroje i fotografowane w wystylizowanych wnętrzach lub atrakcyjnych plenerach.

Trzy lata przed sesją Nataszy Urbańskiej popularny prezenter Krzysztof Ibisz wraz ze swoją ówczesną żoną, aktorką Anną Nowak-Ibisz, wziął udział w podobnej, dla magazynu „Viva!”<sup>12</sup>. Na jednym ze zdjęć Anna Nowak-Ibisz ma na sobie długą koktajlową suknię z owalnym wycięciem na ciążowy brzuch. Sfotografowana para jest wystylizowana w najdrobniejszych szczegółach, otaczająca ich domowa przestrzeń również. Całość sprawia wrażenie przyjemnej zabawy w erotycznym klimacie. Sportretowane osoby wyglądają tak, jakby właśnie wychodziły na eleganckie przyjęcie. Wiele innych ciążowych sesji opublikowanych w różnych kolorowych magazynach realizuje właśnie taki schemat.

Kobiety przedstawiane są w długich eleganckich sukniach, w butach na szpilkach, mają wyrazisty makijaż. Okazuje się jednak, że taki wizerunek nierzadko kontrastuje z tym, co przeżywają bohaterki. Na przykład w numerze „Viva!” z 2007 roku aktorka Agnieszka Wosińska, ubrana w sposób, jaki został wyżej opisany, wyznaje, że wszystko się w niej gotuje<sup>13</sup>. „Ciężko powiedzieć, czy teraz mam na cokolwiek wpływ, bo odnoszę wrażenie, że ta ciąża nade mną panuje. A ja czuję się jak zwierzaczek, dokładnie samica. Brzuch ma nade mną władzę. Nieza-

---

<sup>11</sup> E. Zierkiewicz, I. Kowalczyk, *Oswajanie feminizmu? Feminizm i feministki w prasie kobiecej*, [w:] *Kobiety, feminizm i media*, red. E. Zierkiewicz, I. Kowalczyk, Poznań–Wrocław 2005, s. 151.

<sup>12</sup> „Viva!” 2005, nr 25 (231).

<sup>13</sup> *Zakonnica w ciąży*, „Viva!” 2007, nr 19 (278), s. 68–72.

leżnie od mojego widzimisię rośnie i nawet tupanie nóżką na niewygodzie nie ma sensu. Szkoda czasu na drobne sprzeczki, kiedy ja zmieniam w sobie wszystko! Zrzucam skórę! Moja ciąża nie wygląda jak ta z reklamy masła – pani w ogrodzie, wśród śpiewu ptaków i motyli... We mnie wszystko buzuje!”. Wosińska podkreśla to, że nie może kontrolować swojego ciała poddanego rytmowi fizjologii, co z kolei sprawia, że czuje się jak zwierzę. Wygląd bohaterki w jakiś sposób jednak zakrywa to intensywne, cielesne doświadczenie pod sformalizowanym strojem, adekwatnym do sytuacji obwarowanych silną normą kulturową. Nasuwa się więc pytanie o to, czy okołoporodowe doświadczenia również wpisują się w jakiś kulturowy scenariusz, który przewiduje ujawnienie pewnych aspektów, podczas gdy inne powinny zostać w ukryciu lub przynajmniej nie być eksponowane.

Odsłonięty ciążowy brzuch dziś już nie zaskakuje, ale pod koniec lat dziewięćdziesiątych XX wieku wiele spraw wyglądało zupełnie inaczej. Justyna Bednarek w tekście, w którym opisała własne doświadczenie, wskazała między innymi na to, że o kobietach w ciąży mówiło się „ciążarówki”. Niby żartowano: „że ktoś je napompował” albo „że połknęły piłkę”<sup>14</sup>, ale zwroty te bez wątpienia wyrażały mało przychylny stosunek do stanu ciąży i samych ciężarnych. Dziś ciążowym brzuchem można się nawet pochwalić, ale tylko w określonej konwencji. Albo, tak jak w przypadku Anny Nowak-Ibisz czy Nataszy Urbańskiej, można go odsłonić, pod warunkiem jednak, że spełnia kulturowe normy piękna. Albo pokazać go zakrytego ubraniem, które ten brzuch eksponuje, przy czym strój powinien być jak najbardziej gustowny.

---

<sup>14</sup> J. Bednarek, *Być kobietą ciężarną*, „Res Publica Nowa” 1997, nr 9, s. 24–27.

## **SPOŁECZNA HISTORIA PORODU**

**D**zielenie się osobistymi opowieściami okołoporodowymi, publikowanie zdjęć przedstawiających karmienie noworodka czy ciążyowy brzuch jest dziś czymś powszednim. Kiedy jednak zaczynałam swoje badania w 2005 roku, gdy media społecznościowe dopiero raczkowały, o swoich przeżyciach kobiety opowiadały jedynie najbliższemu osobom. A i to rzadko. Wiem, bo dla każdej z dwudziestu siedmiu kobiet, które podzieliły się ze mną swoim okołoporodowym doświadczeniem, byłam pierwszą rozmówczynią zadającą tak intymne pytania.

Trzeba było czasu, by pytanie o to, jak rodzą kobiety, stało się ważne. Dopiero w latach 60. i 70. XX wieku, kiedy w ruchu feministycznym wysunięty został postulat napisania historii na nowo, postanowiono ująć perspektywę kobiet i podjąć wątki uznane wcześniej za mało znaczące. Warto dodać, że właśnie dzięki ówczesnemu ruchowi feministycznemu i tak ważnym dla niego kwestiom, jak problem kontroli urodzeń oraz prawo do aborcji, temat ciała pojawił się także w debacie akademickiej. A wcześniej? Klasyfikując ciało po stronie natury, humanistyka nie bardzo interesowała się tym zagadnieniem. Kobiece doświadczenie ciąży, porodu i położu, przez wieki postrzegane jako przynależne do sfery prywatnej, kulturowo kojarzonej z kobiecością, nie było tematem ważnym dla historii, kultury i polityki.

## **HERSTORIA**

„Tradycyjna historiografia (czy – jak chcę ją nazwać historyczki związane z ruchem feministycznym – historiografia przedfeministyczna) podejmowała czasem problematykę kobiet, niemniej to, co charakterystyczne, to fakt, że nie interesowała się nimi jako grupą. (...) Można zatem skonstatować, że kobiety dopiero wówczas stawały w centrum zainteresowań historyków, gdy wkraczały w sferę działań tradycyjnie rozumianą jako męską. Ważność kobiet w historii była oceniana w zależności od tego, jak daleko ich aktywność sięgała w tę właśnie

(męską) przestrzeń działania”<sup>15</sup>. Zasadniczo jednak rekonstruowanie dziejów z męskiej perspektywy prowadziło do wykluczenia kobiet i ich doświadczeń. Wypełnienie białych plam historii, rozszerzenie pól badawczych na zagadnienia takie jak praca kobiet, ich udział w życiu publicznym, a także funkcjonowanie w sferze prywatnej oraz historia feminizmu i ruchów kobiecych miały posłużyć włączeniu perspektywy kobiet. Jako strategię obrano reinterpretację starych źródeł oraz sięgnięcie do nowych, w tym dokumentów osobistych, takich jak listy, dzienniki, pamiętniki czy testamenty.

Pojęcie historii kobiet wiąże się między innymi z terminem *herstory* (w wersji spolszczonej: *herstoria*). Termin ten jest neologizmem odwołującym się do gry słownej *history / his story* rozumianej tu jako tworzenie historii uwzględniającej tylko męski (jego) punkt widzenia, gdzie analogicznie *her story* oznaczać ma budowanie narracji na podstawie kobiecej perspektywy czy doświadczenia. Jednym z ważniejszych dla ruchu kobiet zagadnień była kwestia macierzyństwa. Pytania o to, w jaki sposób kobiety rodziły i rodzą, kto, jak i dlaczego im w tym pomaga, uznane zostały za pytania polityczne. Temat ciąży, porodu i pokrewne stanowiły interesujące kwestie teoretyczne o tyle, o ile mieściły się w obrębie zainteresowań nauki i praktyki medycznej. Podobnie jak szeroko pojęta problematyka ciała nie wchodziły w obręb zainteresowań filozoficznych czy socjologicznych. Stały się jednak ważne dla działaczek i teoretyczek ruchu feministycznego. Jednym ze sztandarowych tego przykładów jest książka amerykańskiej pisarki i poetki Adrienne Rich *Zrodzone z kobiety. Macierzyństwo jako doświadczenie i instytucja*.

Książka Rich, wydana w 1976 roku, od samego początku budziła kontrowersje. Autorka koncentruje się w niej na dwóch wymiarach macierzyństwa: indywidualnym, potencjalnym związku każdej kobiety z jej rozrodnością i dziećmi oraz na macierzyństwie jako instytucji pozostającej pod męską władzą. Zdaniem Rich utrwalany po współczesne jej czasy system społeczno-polityczny spowodował: „alienację kobiet z ich ciał poprzez ich uwięzienie w nich”<sup>16</sup>. Kolejnym ograniczeniem,

---

<sup>15</sup> S. Wielichowska, *Wydobyć kobiety z cienia. Początki i rozwój historii kobiet jako niezależnej dziedziny badań historycznych*, [w:] *Przewodniczka po Krakowie emancypantek*, t. IV, red. E. Furgał, Kraków 2012, s. 14.

<sup>16</sup> A. Rich, *Zrodzone z kobiety. Macierzyństwo jako doświadczenie i instytucja*, przeł. J. Mizielińska, Warszawa 2000, s. 47.

a nawet zdegradowaniem kobiecych możliwości jest macierzyństwo jako instytucja. Inspiracją do napisania książki było dla autorki własne doświadczenie macierzyństwa, czasu ciąży i porodu, do których, jak sama wyznaje już na początku, nie chciała wracać myślami przez całe lata: „Wiedziałam jedynie, że przeszłam przez coś, co uznaje się za centralne doświadczenie w życiu kobiet, ich spełnienie, niezależnie od smutku, jaki ze sobą niesie, za klucz do sensu życia; i że pamiętam niewiele za wyjątkiem niepokoju, fizycznego zmęczenia, gniewu, obwiniania siebie, nudy i wewnętrznego rozdwojenia (...)”<sup>17</sup>. Dyskurs traktujący macierzyństwo jako instytucję zdaniem Rich pomijał intymne kobiece świadectwa, dlatego dzielenie się nimi to warunek stworzenia nowego – zakorzenionego w prawdziwie kobiecym doświadczeniu – zbiorowego opisu świata. Ten esej stanowi próbę odpowiedzi na powyższy postulat, prezentując osobiste opowieści okołoporodowe wpisane w szerszy kontekst społeczno-kulturowy. Próbę napisania herstorii okołoporodowego doświadczenia, przede wszystkim w wymiarze cielesnym.

W swojej książce Rich dowodzi, że autorytet w kwestii porodu stopniowo przechodził z rąk kobiecych w męskie. Złożyło się na to kilka czynników. Między innymi profesjonalizacja zawodu położnika w miejsce kobiecej profesji akuszerki, przypisanie kobiecie biernej roli w porodzie i przyznanie wiedzy specjalistów nadrzędnego znaczenia względem kobiecej znajomości własnego ciała. Rich jest świadoma tendencji do romantyzacji wizji prostej kobiety rodzącej bez bólu i przyznaje, że w sytuacjach porodu skomplikowanego, na przykład za sprawą pośladkowego ułożenia noworodka bądź też ciąży bliźniaczej, brak specjalistycznej wiedzy i opieki w dawniejszych czasach częściej niż dziś kończył się źle zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Kiedyś rodzącej pomagały inne kobiety z rodziny, które już przeszły jeden lub więcej porodów, oraz akuszerki. Te ostatnie w niektórych językach określane są mianem mądrych kobiet<sup>18</sup>. Poród przez całe wieki stanowił w przeważającej części domenę kobiet, a ich wiedza w tym zakresie nie była spisywana ani w żaden

---

<sup>17</sup> Ibidem, s. 50.

<sup>18</sup> Na przykład w języku francuskim jednym z określeń akuszerki jest *sage-femme*, podobnie w niemieckim *weise Frau*. Oba są dziś bardzo rzadko używane, podobnie jak polskie *mundra*. Współczesnym mundrymi nazywa Sylwia Szwed położne, bohaterki swojej książki *Mundra* (S. Szwed, *Mundra*, Wołowiec 2014, s. 5).

trwały sposób gromadzona, co zdaniem Rich przyczyniło się do zapomnienia imion wielkich akuszerok.

## MĘŻCZYŹNI POŁOŻNICY

Obraz porodu w kulturze zachodniej ukształtowany został pod wpływem chrześcijaństwa, a akuszerstwo, począwszy od średniowiecza, postrzegane było jako zajęcie nieczyste i niegodne lekarza. Co więcej, medycy posiadali ograniczoną wiedzę na temat kobiecych organów wewnętrznych ze względu na kościelny zakaz studiowania anatomii. Cała zebrana wiedza na ten temat leżała w gestii kobiet znających poród od strony praktycznej. Niemiecki pisarz Jürgen Thorwald wspomina hamburskiego doktora Veita Völscha, który ukryty pod damskim przebraniem próbował dowiedzieć się więcej o porodzie, za co został spalony na stosie<sup>19</sup>. Dopiero w XVII wieku położnictwem zaczęli zajmować się mężczyźni<sup>20</sup>. Wraz z tą zmianą profesja związana z przyjmowaniem porodów zdobyła większy autorytet oraz stała się lukratywnym zajęciem. Wcześniej akuszerki asystowały rodzącym kobietom niezależnie od ich stanu i majątku, natomiast mężczyźni położnicy trudnili się tym z początku tylko na dworze. Z czasem położnictwo w coraz szerszym zakresie przechodziło w ich ręce, doprowadzając aż do niemal całkowitego zakazania akuszerkom trudnienia się tym zajęciem. „Mężczyźni zaczęli zajmować się położnictwem na skutek rozwoju wiedzy medycznej. Jego elementem był między innymi rozwój narzędzi medycznych, szczególnie kleszczy przyspieszających trudny poród, ale też stanowiących pewne zagrożenie dla matki i dla dziecka”<sup>21</sup>. Zdaniem Rich kleszcze porodowe zarezerwowane tylko dla męskich chirurgów symbolizowały odebranie położnictwa kobietom oraz znaczne przeobrażenie się samej profesji. Położnik był bowiem wzywany do wykonania przede wszystkim czynności ułatwiających trudny poród, np. pośladowy, do cesarskiego cięcia czy użycia kleszczy, natomiast akuszerka oprócz przyjmowania samego porodu roztaczała nad kobietą opiekę prenatalną oraz w czasie

---

<sup>19</sup> J. Thorwald, *Ginekologdy*, przeł. A. Wziętek, Warszawa 2015, s. 15.

<sup>20</sup> A. Rich, *Zrodzone z kobiety*, op. cit.; A. Buczkowski, *Spółeczne tworzenie ciała. Płeć kulturowa i płeć biologiczna*, Kraków 2005.

<sup>21</sup> *Ibidem*, s. 159.



połogu. Położnik „był bardziej technikiem niż doradcą, przewodnikiem i źródłem morale; pracował »nad« bardziej niż »z« matką”<sup>22</sup>. Ta różnica utrzymała się według autorki do czasów jej współczesnych.

Wraz z coraz szerszym praktykowaniem położnictwa przez mężczyzn rozpoczęła się trwająca dwa wieki plaga gorączki poporodowej. Był to czas, kiedy nie wiadano jeszcze nic o antyseptyce, aseptyce oraz zakażeniach i infekcjach bakteryjnych. Asysta męskich położników była o wiele groźniejsza niż pomoc kobiet akuszerok. Mężczyźni bowiem zajmowali się nie tylko odbieraniem porodów, lecz także różnymi przypadkami chorób i przemieszczając się po oddziałach szpitalnych, przynosili zarazki z jednego miejsca w inne. Z kolei akuszerki pozostawały zazwyczaj tylko przy położnicy. Gorączka poporodowa osiągnęła rozmiary epidemii w miarę zwiększania się liczby szpitali czy oddziałów porodowych. Rich przytacza dane mówiące o ogromnej śmiertelności kobiet rodzących w szpitalach w Europie pomiędzy XVII a XIX wiekiem. Lekarze zaczęli stosować aseptykę dopiero około roku 1880<sup>23</sup>. Odkrycie infekcji bakteryjnej oraz zasad aseptyki w chirurgii pod koniec XIX wieku położyło kres gorączce połogowej.

Rozwój nowoczesnej medycyny nie pozostawał bez wpływu na położnictwo, które coraz bardziej się profesjonalizowało. Zaczęły powstawać specjalne instytucje do nauczania tej dziedziny. „Związki kobiet położnych próbujące zakładać szkoły dla nowych adeptek tej wiedzy napotykały duże problemy formalne ze strony ówczesnych władz. W końcu okazało się, że położnictwo zostało całkowicie opanowane przez mężczyzn, a kobiety, dawne położne, przyjęły role asystentek”<sup>24</sup>. Były od tego jednak wyjątki. W Szkole Głównej Koronnej (dzisiejszy Uniwersytet Jagielloński) kobiety mogły uzyskać wykształcenie w zakresie położnictwa od drugiej połowy XVIII wieku. Do czasu powstania kościuszkowskiego w 1794 roku z możliwości tej skorzystały 42 akuszerki, choć do odbierania porodów nie trzeba było wówczas mieć żadnych uprawnień<sup>25</sup>.

---

<sup>22</sup> A. Rich, *Zrodzone z kobiety*, op. cit., s. 218.

<sup>23</sup> J. Thorwald, *Ginekologdy*, op. cit., s. 10.

<sup>24</sup> A. Buczkowski, *Spółeczne tworzenie ciała*, op. cit., s. 160.

<sup>25</sup> E. Chudoba, A. Smywińska-Pohl, *Córki Nawojki. Filozofki na Uniwersytecie Jagiellońskim 1897–1967*, Kraków 2017.



## LEKARZ GINEKOLOG

Wraz z profesjonalizacją położnictwa zaczęła się rozwijać nowa dziedzina medycyny – ginekologia, czego przykład stanowi operacja zszycia przetoki pęcherzowo-pochwowej powstałej w wyniku porodu. Przeprowadził ją w 1849 roku amerykański lekarz James Marion Sims, a pacjentką była Anarcha, niewolnica z plantacji bawełny w Karolinie Południowej. Trzeba podkreślić, że do sukcesu Simsa w dużej mierze przyczyniły się niezwykła odporność kobiety na ból i jej nadludzka wręcz wytrwałość. Jak podaje Thorwald, operacja powtórzona została bowiem wielokrotnie i dopiero za trzydziestym razem nie zakończyła się infekcją, a to dzięki użyciu przez Simsa srebrnej nici do zszycia rany<sup>26</sup>.

Stopniowej medykalizacji ulegał sam poród, czego jednym z wyznaczników było stosowanie na coraz większą skalę środków uśmierzających ból lub usypiających. Jak pisze Rich: „W 1847 roku, stosując eter podczas porodu, James Simpson ze Szkocji udowodnił, że skurcze macicy nie ustają nawet wtedy, gdy kobieta jest nieświadoma, i kontynuował eksperyment z użyciem chloroformu, by zmniejszyć ból podczas porodu”<sup>27</sup>. Eksperyment ten podważył kulturowe skojarzenie kobiecości z koniecznością cierpienia podczas porodu<sup>28</sup>, mimo to do dziś można się spotkać z przeświadczeniem, że ból przeżyty podczas tego doświadczenia czyni je pełniejszym i prawdziwszym. Wyeliminowanie lub zmniejszenie bólu porodowego samo w sobie nie jest negatywne, o ile nie prowadzi do ubezwłasnowolnienia rodzącej poprzez uczynienie jej bierną uczestniczką wydarzeń, w których główną rolę gra lekarz położnik. W ujęciu Rich ta „wolność od bólu” uzależnia kobietę od działań wykonywanych przez położnika. Ból przeżywany oraz ból stanowiący kategorię opisu stawia kobietę w obliczu społecznego wyobrażenia o pełni kobiecości.

---

<sup>26</sup> J. Thorwald, *Ginekologdy*, op. cit. s. 46.

<sup>27</sup> A. Rich, *Zrodzone z kobiety*, op. cit., s. 239.

<sup>28</sup> Jürgen Thorwald w rozdziale poświęconym poszukiwaniom metod złagodzenia porodowego bólu przytoczył tragiczną historię Szkotki Eufame MacAlyane, która w 1591 roku została skazana na śmierć poprzez zakopanie żywcem w ziemi za to, że poprosiła akuszerkę o sporządzenie napoju zmniejszającego porodowy ból. „Tym samym wykroczyła przeciw Słowu Bożemu, skierowanemu do Ewy w biblijnej historii stworzenia świata. Król Szkocji Jakub wydał wyrok śmierci” (cyt. za: *Ginekologdy*, op. cit., s. 357).

Autorka stwierdza, że zarówno jej własna postawa bycia nieświadomą podczas porodu (rodząc trójkę dzieci w latach 50. XX wieku, była pod narkozą), jak i decyzje jej koleżanek, by nie poddawać się narkozie i rodzić „w pełni świadomie”, wywodziły się z tego samego źródła. Rich ma tu na myśli postawę oddania się w ręce medycznych autorytetów, które w przeciwieństwie do rodzącej posiadają większą wiedzę na temat jej ciała, a ona sama jest niezdolna do panowania nad sobą i przeżywanym porodem.

## PORÓD NATURALNY

W latach 50. XX wieku zaczęto w Europie popularyzować aktywne uczestnictwo matki we wszystkich stadiach porodu. Jedną z propagatorek tego nurtu w Wielkiej Brytanii, a także w Polsce była Sheila Kitzinger<sup>29</sup>, antropolożka i aktywistka na rzecz naturalnych porodów. Koncepcja porodu naturalnego została ujęta już w 1933 roku w książce *Natural Childbirth* przez brytyjskiego położnika Grantly'ego Dicka-Reada<sup>30</sup>. Wspominam go głównie z uwagi na przypisywane mu wprowadzenie do ginekologii koncepcji „kobiety prymitywnej”<sup>31</sup>. W swojej książce Dick-Read opisuje rzekome spotkanie z kobietą reprezentującą proste społeczności, która rodzi bez bólu, z uśmiechem na twarzy, bez niczyjej pomocy i asysty. Zdaniem brytyjskiej wykładowczynie Tess Cosslett koncepcję rodzącej z łatwością „kobiety prymitywnej” Dick-Read oparł na swoich ewolucyjnych poglądach, zgodnie z którymi tak zwane proste społeczności nie osiągnęły jeszcze stanu cywilizacji i kultury. Żyją w stanie natury, która jest dobra i właściwie zaprojektowana. Natomiast kobiety cywilizowane są wyrwane z naturalnego bezbolesnego i radosnego doświadczenia okołoporodowego. To wyobrażenie jest wciąż żywe i choć nie zostało poparte badaniami antropologicznymi, stanowi punkt odniesienia we współczesnej koncepcji porodu naturalnego.

---

<sup>29</sup> Sheila Kitzinger (1929–2015) studiowała antropologię społeczną na Oksfordzie. Prowadziła badania na temat kulturowego zorganizowania porodu oraz macierzyństwa. Wykładała w londyńskim Thames Valley University, największej w Wielkiej Brytanii uczelni pielęgniarstwa i położnictwa. Prowadziła warsztaty dla położnych, terapeutów i lekarzy z zakresu porodu i karmienia piersią. Jeździła po świecie, nauczając ciężarne psychoseksualnego podejścia do ciąży i porodu. Napisała ponad 20 książek i wiele artykułów. Kitzinger była propagatorką porodów domowych. Wszystkie swoje dzieci – pięć córek – urodziła w domu. Po pierwszym porodzie zaczęła prowadzić pionierskie jak na owe czasy kursy dla kobiet w ciąży. Uznawana była za jedną z najbardziej wpływowych i zdeklarowanych zwolenniczek wolności kobiet w wybieraniu sposobów przeżywania ciąży, porodu i macierzyństwa. Zainicjowała Ruch na Rzecz Aktywnych Porodów. Źródło: <http://www.sheilakitinger.com/index.htm> (dostęp: 12.11.2023).

<sup>30</sup> G. Dick-Read, *Natural Childbirth*, London 1933.

<sup>31</sup> T. Cosslett, *Women Writing Childbirth: Modern Discourses of Motherhood*, Manchester–New York 1994.

Sheila Kitzinger pionierskie dla antropologii społecznej badania nad ciążą i porodem prowadziła na Jamajce, w Japonii oraz w Europie i Południowej Afryce. Nieco później w Stanach Zjednoczonych inna antropolożka, Brigitte Jordan, badała sposoby rodzenia w różnych kulturach<sup>32</sup> i doszła do wniosku, że „poród jest wytwarzanym kulturowo wydarzeniem”<sup>33</sup>. Jak twierdziła, praktyki porodowe są wypadkową fizjologii i społeczno-kulturowej matrycy<sup>34</sup>. Społeczeństwa wytwarzają więc te praktyki pod wpływem swojej historii, struktury społecznej, rozwoju technologicznego itd. Obecnie, jeśli chodzi o praktyki w Europie i Ameryce Północnej, wskazać można dwa główne modele zorganizowania porodu: poród naturalny oraz poród zmedykalizowany.

## KONCEPCJA ŚWIADOMEGO PORODU

Zdaniem Sheili Kitzinger poród jest jednym z najważniejszych wydarzeń w życiu kobiety<sup>35</sup>, dlatego przez wiele lat propagowała ona ideę świadomego porodu, czyli takiego, do którego kobieta przystępuje nastawiona na współpracę, znając swoje ciało, jego możliwości i ograniczenia. Po raz pierwszy własną koncepcję porodu zawarła w książce *Szkoła rodzenia*. W wywiadzie dla „Wysokich Obcasów”<sup>36</sup> Kitzinger wspomina, że pozycja ta uważana była w latach 60. w Anglii za radykalną, kwestionowała bowiem zwyczajowe podejście do porodu oraz do samej kobiety, jej ciała i emocji, jakie się z tym doświadczeniem wiąże. Co prawda istniały wówczas metody wspierające aktywne uczestniczenie kobiety w porodzie, ale sprowadzały się one głównie

---

<sup>32</sup> Swoje obserwacje zawarła m.in. w książce *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Montreal 1978 oraz w wielu artykułach, z których część dostępna jest w wersji elektronicznej na stronie: <http://www.lifescapes.org/Writeups.htm> (dostęp: 12.11.2023).

<sup>33</sup> Cyt. za: A. Rich, *Zrodzone z kobiety*, op. cit., s. 251.

<sup>34</sup> B. Lozoff, B. Jordan, S. Malone, *Childbirth in Cross-Cultural Perspective*, „Marriage and Family Review” 1988, nr 12 (3/4).

<sup>35</sup> S. Kitzinger, *Szkoła rodzenia*, przeł. K. Ajdukiewicz, P. Prokopczyk, Warszawa 1996, s. 21.

<sup>36</sup> <http://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/1,53581,3463791.html> (dostęp: 13.11.2023).

do kontroli oddechów<sup>37</sup>. Rodząca miała odpowiadać na werbalne polecenia asystującej jej osoby poprzez wdechy, parcie i wydechy. Krytyka tej metody wskazywała, że zbyt duża uwaga przykładana do kontrolowania ciała sprawia, iż kobieta jest odseparowana od doświadczenia własnego porodu. Kitzinger zaproponowała metodę ujmującą poród jako jedno z integralnych psychiczno-cielesnych doświadczeń kobiety, do przeżycia którego trzeba się właściwie przygotować. W tym celu prowadziła kursy przedporodowe, ucząc kobiety, jak mogą prowadzić proces porodu i osiągnąć cielesną harmonię.

„W metodzie tej poszukujemy sposobu na osiągnięcie czynnościowej harmonii ciała kobiecego, która tylko niewielu cywilizowanym kobietom przychodzi w sposób naturalny i której większość z nas musi się pracowicie uczyć przez miesiące ciąży”<sup>38</sup>.

Pierwszym warunkiem niezbędnym do przeżycia porodu w sposób naturalny jest zatem konieczność powrotu do tego, co w ciele naturalne, a zdaniem Kitzinger utracone w wyniku cywilizacyjnych przemian<sup>39</sup>. W związku z tym autorka zaproponowała zestaw ćwiczeń, których efektem miało być lepsze poznanie i zrozumienie swojego ciała. Za podstawową umiejętność, jaką powinna nabyć ciężarna, uznała relaksowanie się, co w praktyce oznacza rozluźnianie poszczególnych partii mięśni. Chodzi tu jednak nie o mechaniczne wykonywanie konkretnych czynności, ale o świadome, połączone z określoną emocjonalną postawą reagowanie na dane zachowanie ciała. Opracowując zestaw technik relaksacyjnych, Kitzinger inspirowała się koncepcją amerykańskiego lekarza Edmunda Jacobsona<sup>40</sup>, a za cel przyjęła

---

<sup>37</sup> Grantly Dick-Read od lat 30. XX wieku pracował nad metodą oddechową, której celem było zmniejszenie poczucia strachu przed porodem, za: J. Thorwald, *Ginekologdy*, op. cit.

<sup>38</sup> S. Kitzinger, *Szkoła rodzenia*, op. cit., s. 28.

<sup>39</sup> Te poglądy Kitzinger bezpośrednio odwołują się do wyobrażenia o prymitywnej kobiecie, przedstawicielce nieucywilizowanej społeczności, która rodzi bez bólu, strachu i bez komplikacji. Figurę tę wprowadził do położnictwa wspomniany już Grantly Dick-Read.

<sup>40</sup> Edmund Jacobson (1888–1983) – amerykański lekarz medycyny i psychiatrii oraz fizjologii. Jest autorem techniki relaksacyjnej zwanej treningiem Jacobsona. Polega ona na nauce napinania mięśni aż do automatyzacji. Trening zaczyna się od pozycji leżącej, a następnie stopniowo przechodzi do pozycji siedzącej i stojącej. Na pierwszym etapie nauki relaksacji napina się kolejno pojedyncze grupy mięśni. Na etapie drugim napina się jedne grupy mięśni, podczas gdy inne pozostają rozluźnione; [https://pl.wikipedia.org/wiki/Trening\\_Jacobsona](https://pl.wikipedia.org/wiki/Trening_Jacobsona) (dostęp: 13.11.2023).

uświadomienie kobietom potencjału ich własnego ciała oraz pomoc w zdobyciu umiejętności, które pozwolą sprostać wyzwaniom porodu. Pierwszym krokiem na drodze do realizacji tego celu uczyniła naukę świadomego kontrolowania własnego ciała, a konkretnie mięśni, w procesie relaksacji. Miało to przynieść ten sam efekt co metody propagowane przez filozofa Richarda Shustermana w ramach somatoestetyki praktycznej, czyli samoświadomość somatyczną i umiejętność świadomego sprawowania kontroli nad własnym ciałem. „Jeśli przy próbie relaksacji kobieta czuje się bardzo napięta, powinna spróbować się skupić, aby zapanować nad mięśniami siłą swego umysłu. Jeśli tylko jej to pomaga, powinna założyć, że jej zadaniem jest nie tyle bierne poddanie się stanowi rozluźnienia, ile czynne usunięcie otaczającego napięcia”<sup>41</sup>.

Kitzinger zaproponowała siedem bazowych ćwiczeń, które mają wyrobić umiejętność rozluźniania poszczególnych partii mięśni. Ćwiczenie pierwsze skupia się na mięśniach brzucha i wprowadza elementy wizualizacji: „Niech ci się wydaje, że twoje łopatki rozpościerają się niczym sukienka, która ześlizguje się z ramion wieszaka”<sup>42</sup>. Uświadamia też napięcia w klatce piersiowej oraz skupia uwagę na oddechu. Ćwiczenie drugie dotyczy mięśni policzków i żuchwy, trzecie mięśni poniżej i wokół oczu. Dalsze są skoncentrowane na mięśniach klatki piersiowej i barków, co ma bezpośredni związek z oddychaniem. Kolejne na partiach mięśni ud. Co ważne, każde następne ćwiczenie można zacząć wykonywać dopiero po opanowaniu wcześniejszego, tak aby dotrzeć do ostatniego, które uczy „relaksacji różnicowej”<sup>43</sup>, czyli napinania wybranych tylko partii mięśni, podczas gdy pozostałe muszą pozostać rozluźnione. Po przyswojeniu bazowych ćwiczeń można wymyślać własne.

Według autorki sztuce relaksacji należy oddawać się możliwie często, by w trakcie porodu bez namysłu umieć rozluźniać poszczególne mięśnie, a przez to uniknąć marnotrawienia potrzebnej energii. Zaciśnięte mięśnie utrudniają bowiem przebieg porodu. Na przykład wraz z nasileniem się bólów skurczowych dochodzi często do napięcia mięśni barków i górnej części grzbietu, co z kolei utrudnia rodzącą oddychanie. Zdaniem Kitzinger pełne przyswojenie proponowanych technik relak-

---

<sup>41</sup> S. Kitzinger, *Szkoła rodzenia*, op. cit., s. 117.

<sup>42</sup> Ibidem.

<sup>43</sup> Ibidem, s. 122.

sacji doprowadzi do wykrycia i wyeliminowania przez kobietę napięć powstałych w trakcie porodu, a w dalszej kolejności może pozwolić rodzącej „pogрузić się w stanie błogiego niebytu”<sup>44</sup>.

Drugą kluczową umiejętnością w trakcie porodu jest właściwe oddychanie. „Sposób oddychania podczas porodu ściśle wiąże się z określonym rytmem skurczów macicy, które niczym fala wzbierają, kulminują, tworząc grzbiet, i opadają. Jeśli rodzącej uda się zsynchronizować z nimi oddechy, a tym samym dostroić się do akcji porodowej, to zamiast otępiającej udręki niesionej przez doznania bólowe odnajdzie w porodzie radość”<sup>45</sup>. Kitzinger powołuje się na doświadczenie kobiet, którym zharmonizowanie oddechów ze skurczami dało odczucia prawdziwej rozkoszy. Sama od siebie dodaje: „Nawet kiedy macica kurczy się bardzo gwałtownie – pod koniec pierwszego okresu porodu, kiedy to dochodzi do całkowitego rozwarcia szyjki – synchronizacja oddychania z rytmem skurczów umożliwia czerpanie z porodu takiej samej przyjemności, jak z kąpeli we wzburzonym morzu”<sup>46</sup>. Kitzinger opisuje poszczególne typy oddychania, które należy stosować na danych etapach porodu: powolny oddech typu usta–nos, powolny oddech pełną piersią, oddech szybki i płytki, płytkie i szybsze oddychanie środkiem ust oraz oddychanie podczas parcia. Jak podkreśla autorka, to sama rodząca decyduje, kiedy stosować poszczególne typy oddychania. Decyzja uzależniona jest jednak od pełnego przyswojenia rodzajów oddychania i technik rozluźniania się.

Umiejętne relaksowanie się i właściwe oddychanie mają doprowadzić do przejścia przez kobietę kontroli nad własnym ciałem, a przede wszystkim nad reakcjami na ból porodowy. Kitzinger nie poświęca zbyt wiele uwagi kwestii przeżywania bólu porodowego. Sygnalizuje, że ból może się okazać znacznie silniejszy niż ten, na jaki kobieta została przygotowana. Wydaje się jednak, że intencją autorki jest rozproszenie uwagi skupionej zarówno na bólu wyobrażanym w perspektywie zbliżającego się porodu, jak również realnie przeżywanym. Specjalistka radzi kobietom, które jeszcze przed porodem ogarnia strach, żeby podzieliły się tymi obawami z innymi osobami, które już rodziły. Píše:

---

<sup>44</sup> Ibidem, s. 136.

<sup>45</sup> Ibidem, s. 141.

<sup>46</sup> Ibidem, s. 142.

„Autentycznie nerwowej i przestraszonej kobiecie nie wystarczają zapewnienia, że wszystko będzie dobrze, jako że zawsze podejrzewa, że coś się przed nią ukrywa<sup>47</sup>. Zaradzić tej sytuacji mogą przede wszystkim przeanalizowanie własnych lęków, porcja rzetelnej wiedzy oraz przyswojenie umiejętności radzenia sobie z sytuacją stresową. Autorka napomyka jedynie o tym, że ból może przerastać wyobrażenia do tego stopnia, że kobiety wpadają w panikę. Jest jednak pewna, że świetne przygotowanie w postaci „naprawdę dobrych szkół rodzenia” pozwoli wyrobić w sobie właściwe podejście do bólu i reakcje na niego<sup>48</sup>. Gdy kobiety sobie z tym nie radzą lub gdy poród przebiega w sposób odbiegający od założonego, mogą przyjąć farmakologiczny środek minimalizujący odczucia bólu. Kitzinger omawia poszczególne leki przeciwbólowe, ich wpływ na płód oraz rodzącą i na postęp samej akcji porodowej. Jako zwolenniczka porodów bez użycia środków farmakologicznych wskazuje też na pewne niebezpieczeństwa znieczulenia. Odwołuje się między innymi do badań, z których wynika, że przyjęcie znieczulenia zewnątrzoponowego wpływa na zwielokrotnienie konieczności użycia kleszczy oraz na zachowanie noworodka. Mimo tych przestróg Kitzinger jednoznacznie stoi na stanowisku, że rodząca powinna współdecydować o tym, czy, kiedy i jaki środek przeciwbólowy przyjąć.

Sheila Kitzinger była zwolenniczką rodzenia w domu. Żadnego ze swoich pięciorga dzieci nie urodziła w szpitalu. Na początku cytowanej przeze mnie książki prezentuje, jak przebiega domowy poród. W opisie tym dominuje obraz kobiety, która jest całkowicie spokojna i wyposażona w pełnię wiedzy na temat reakcji własnego organizmu. Do pomocy ma partnera, który oprócz krzątania się po domu, przygotowywania napojów oraz asystowania przy oddychaniu informuje telefonicznie położną o postępach porodu tak, aby ta mogła przyjechać we właściwym momencie. Wszyscy troje stanowią zharmonizowany zespół rozumiejący się bez słów. „W pokoju jest bardzo spokojnie; słychać tylko rytmiczny oddech rodzącej oraz od czasu do czasu słowo zachęty lub radę ze strony położnej lub partnera<sup>49</sup>. Opis ten w niewielkim stopniu pokrywa się z popularnym wyobrażeniem o porodzie. W koncepcji

---

<sup>47</sup> Ibidem, s. 200.

<sup>48</sup> Ibidem, s. 201.

<sup>49</sup> Ibidem, s. 160.



porodu przedstawionej przez Kitzinger rodząca doskonale i precyzyjnie wyczuwa chociażby moment, w którym powinna przeć delikatnie, a w którym mocniej. Kontroluje reakcje swojego ciała do tego stopnia, że jest zdolna do bardzo subtelnych zachowań. W książce w wielu miejscach można znaleźć poetyckie opisy różnych momentów porodu. „Wszystkim reakcjom rodzącej powinna towarzyszyć lekkość podobna do tej, z jaką bańka mydlana unosi się na szczycie fali, z jaką ptasie piórko czy papierowa chusteczka wzbija się w powietrze pod wpływem wiatru, z jaką wznoszą się i opadają skrzydła motyla czy drżą liście brzozy”<sup>50</sup>. W innym miejscu specjalistka radzi rodzącej, by w poszukiwaniu rytmu wzorowała się na konarach drzew kołysanych wiatrem<sup>51</sup>. Powołuje się na doświadczenie kobiet, których zdaniem „odnajdywanie harmonii w rytmie skurczów i oddechów może stać się źródłem prawdziwej rozkoszy”<sup>52</sup>.

Przedstawiona wizja porodu w niewielkim stopniu pokrywa się z zebranymi przeze mnie relacjami. Co więcej, taka wizja nie pozostawia wiele miejsca na sytuacje odbiegające od owego typu idealnego. Kitzinger zaledwie kilka razy wspomina o różnego rodzaju komplikacjach. Jedyna rada dla kobiet, które doświadczają trudnego porodu, to przygotowanie się do czekających je uciążliwości i uświadomienie sobie, że nie mogą spodziewać się szybkiego i łatwego porodu<sup>53</sup>. Autorka nie ekspozuje w opisach doświadczenia bólu. Całą uwagę skupia na możliwości poradzenia sobie z odczuciami mniej lub bardziej dokuczliwego cierpienia, choć robi to w zawoalowany sposób. Nie komunikuje bowiem bezpośrednio, co jest celem przyswojenia wszystkich technik relaksacyjnych i oddechowych. Stara się raczej odciągnąć uwagę od nieprzyjemnych doświadczeń i kierować ją w stronę poszukiwania harmonii, rytmu czy relaksu. Ideałem tu opisywanym jest model zgrania się ze swoim ciałem, co jednak stanowi niezwykle trudne zadanie, ponieważ poza porodem nie można tak naprawdę przećwiczyć tego, przez co się przechodzi, a więc nie można w pełni nabyć określonych umiejętności. Kitzinger jest zwolenniczką wsłuchiwania się w swoje ciało i reagowania na jego

---

<sup>50</sup> Ibidem.

<sup>51</sup> Ibidem, s. 161.

<sup>52</sup> Ibidem, s. 142.

<sup>53</sup> Ibidem, s. 218.

potrzeby. Pojawia się pytanie, czy w tak radykalnie różnym od codziennego doświadczenia momencie jesteśmy w stanie to zrobić. Umiejętność wsłuchiwania się we własne ciało zdobywamy etapowo, w miarę kolejnych doświadczeń. Poród jest jednym z nich, a żadne wcześniejsze do niego raczej nie przygotowuje. Próbę skoordynowania mięśni i skurczów macicy można podjąć tylko w czasie porodu.

Opisany przez Kitzinger poród jest wersją idealną tego wydarzenia, która raczej w niewielkim stopniu odnosi się do doświadczeń większości kobiet. Trzeba jednak podkreślić, że sama autorka też zebrała wiele porodowych relacji, które potwierdzają opisywane przez nią sytuacje. Była przez kilkadziesiąt lat położną, a więc miała stały kontakt z badanym zagadnieniem, a tym samym możliwość weryfikacji własnych tez i naocznego przekonania się co do skuteczności treningu rozluźniania się i relaksowania zastosowanego w trudnych momentach porodu. Co ważne, rewolucyjne w latach 60. XX wieku podejście do kwestii porodu proponowane przez Kitzinger nadal pozostaje dyskusyjne, a nawet kontrowersyjne w wielu miejscach, także w Polsce. Możliwość przygotowania się do porodu i zaplanowania go oraz podmiotowe traktowanie w trakcie całego procesu to wielki krok w walce o prawa kobiet, zwłaszcza w zakresie podejmowania decyzji związanych z własnym ciałem, seksualnością i reprodukcją.

Ideą naturalnego podejścia do porodów jest taka sytuacja, w której kobieta świadoma swojego ciała, pewna własnych możliwości i siły, przy jak najmniejszej liczbie medycznych ingerencji i we współpracy z położną (innym z kluczowych postulatów ruchu na rzecz porodów naturalnych było przywrócenie dawnego znaczenia położnych) rodzi siłami natury, zgodnie z rytmem swojego ciała. Jak już wspominałam, wydaje się jednak, że zaproponowany przez Kitzinger model porodu naturalnego tylko w pewnym stopniu pokrywa się z rzeczywistym doświadczeniem kobiet. Poza tym jej koncepcja zbudowana jest na przeświadczeniu o możliwości kontrolowania swojego ciała, w czym pomóc ma odpowiedni trening. Metoda porodu naturalnego okazuje się więc być techniką, którą – by uzyskać efekt naturalności – trzeba przyswoić. Jest to praktyka kulturowa, której trzeba się nauczyć z książek i podczas sesji w szkole rodzenia. Co więcej, wydaje się, że w tej koncepcji nie ma miejsca na to, co wymyka się kontroli, w tym między innymi na ból, a także na to, co jest dziwne, traumatyczne, a co również stanowi część

doświadczenia okołoporodowego. Warto podkreślić, że kontrolowanie swojego ciała to jeden z filarów modelu porodu, w którym ciało jest niczym rodząca maszyna. Choć wyidealizowana, to jednak wizja porodu naturalnego zawiera radykalnie inne od koncepcji zmedykalizowanej podejście do rodzącej. Upodmiotawia ją, wskazuje ciało rodzącej jako źródło mocy i podkreśla znaczenie świadomości własnego ciała w procesie porodu.

## PORÓD ZMEDYKALIZOWANY

W opozycji do koncepcji porodu naturalnego stoi koncepcja porodu zmedykalizowanego, której początki sięgają rozwoju nowoczesnej medycyny i wyodrębnienia się w połowie XIX wieku jej nowej gałęzi – ginekologii. Był to także czas profesjonalizacji zawodu położnika oraz przeniesienia porodów ze sfery domowej do szpitalnej, z czym wiązało się oddanie przez kobiety wiedzy o własnym ciele w ręce specjalistów<sup>54</sup>. Badaniem takiego podejścia do porodu we współczesnym społeczeństwie amerykańskim od lat zajmuje się antropolożka Robbie Davis-Floyd.

Według badaczki dzisiejsze porody, szczególnie w Stanach Zjednoczonych, są w znacznym stopniu poddane procedurom szpitalnym. Przejawia się to między innymi w aplikowaniu środków przeciwbólowych i przyspieszających akcję porodową bez względu na indywidualną sytuację rodzącej, ujednoliconym podejściu do pozycji rodzenia – horyzontalnej – i niepozostawianiu kobietom wyboru w tej kwestii<sup>55</sup>. Proceduralna standaryzacja porodu jest uruchamiana już w momencie przyjęcia kobiety do szpitala, kiedy prosi się ją o rozebranie i założenie specjalnej koszuli, a następnie wykonuje rutynowo kilka innych zabiegów, które nie zawsze są uzasadnione. Autorka wymienia między innymi podłączanie do aparatu KTG<sup>56</sup> oraz nacinanie krocza. Jej zdaniem ten dominujący w społeczeństwie amerykańskim model porodu szpitalnego skupia jak w soczewce kult nauki, technologii oraz prymat patriarchy.

---

<sup>54</sup> A. Rich, *Zrodzone z kobiety*, op. cit.; A. Buczkowski, *Spoleczne tworzenie ciała*, op. cit.

<sup>55</sup> Wszystkie cytowane fragmenty pochodzą z artykułów Robbie Davis-Floyd zamieszczonych na stronie <http://www.davis-floyd.com> (dostęp: 13.11.2023).

<sup>56</sup> KTG, czyli kardiotokografia, to metoda monitorowania czynności serca płodu oraz czynności skurczowej macicy u kobiety w ciąży. Pierwszy aparat KTG został udostępniony w 1968 roku i został przyjęty w środowisku lekarskim z wielkim entuzjazmem. Wierzono, że monitoring płodu przyczyni się do zmniejszenia liczby cesarskich cięć i śmiertelności niemowląt. Po 50 latach używania aparatu te początkowe założenia się nie potwierdziły. Wzrósł za to wskaźnik cesarskich cięć, natomiast nie zmieniła się liczba przypadków porażenia mózgowego, obrażeń okołoporodowych ani nie zmniejszyła śmiertelność niemowląt; <https://kobieta.onet.pl/dziecko/ciaza-i-porod/elektroniczny-monitoring-plodu/gk0gr> (dostęp: 13.11.2023).

Ciężarna – przyszła matka – jest poddawana w szpitalu procesowi socjalizacji w duchu wyżej wymienionych wartości po to, aby szpital, a za nim państwo, zyskało pewność, że przekaże ona owe wartości swojemu potomstwu, a tym samym przyczyni się do reprodukcji określonego modelu „zorganizowania” porodu. Badaczka zauważa, że szpital odbiera kobiecie wolę działania i poczucie kontroli. Siedzając ciężarną na wózku inwalidzkim jak osobę z niepełnosprawnością ruchową, a następnie wioząc do łóżka, traktuje się ją jak chorą i wymagającą opieki. Podłączając zaś do kroplówki oraz maszyny monitorującej tętno dziecka, dodatkowo się ją unieruchamia. Procedury te zdaniem Davis-Floyd wpisują się w technokratyczny model rzeczywistości. „W tym modelu ludzkie ciało jest postrzegane jako maszyna, która może być rozebrana na części i złożona razem w celu zapewnienia właściwego funkcjonowania”<sup>57</sup>.

## PORÓD MECHANICZNIE KONTROLOWANY

Model ciała jako maszyny rozwinął się w Europie w XVII wieku wraz z filozofią Kartezjusza. Ten wiek to również czas, kiedy położnictwo stawało się męską domeną. Prototypem owej maszyny było męskie ciało, a kobiece uważano za jego gorszą kopię, maszynę niedoskonałą. Co więcej, kobiece ciało postrzegano jako niebezpieczne i nieobliczalne ze względu na jego bliskość z naturą. Podobnie zaczęto opisywać proces porodu – jako chaotyczny, niedający się objąć kontrolą, a przez to również niebezpieczny. To właśnie stało się podstawą do wytworzenia nowego modelu porodu – mechanicznie kontrolowanego. I tak przed położnictwem stanęły nowe wyzwania: rozwijanie narzędzi i technologii ulepszających proces porodu oraz takich, które pozwolą nim manipulować. Z biegiem czasu szpital stał się miejscem, które najlepiej oddaje metafora fabryki, gdzie ciało rodzącej jest maszyną, dziecko produktem przemysłowego procesu<sup>58</sup>, a matka efektem ubocznym pracy całej tej fabryki.

---

<sup>57</sup> R. Davis-Floyd, *The Rituals of American Hospital Birth*, [w:] *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*, red. J. Spradley, D.W. McCurdy, New York 1994.

<sup>58</sup> R. Davis-Floyd, *The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigm of Childbirth*, „International Journal of Gynecology and Obstetrics” 2001, t. 75, dodatek nr 1.

„To było to, do czego wszyscy byliśmy trenowani – żeby dążyć do tego *po*, czyli perfekcyjnego dziecka, do którego wyprodukowania nas trenowano. Rzadko myśleliśmy o jakości doświadczeń matki”<sup>59</sup> – pisze Davis-Floyd, przytaczając wypowiedź położnej. Kilkanaście lat później podobne podejście personelu medycznego do rodzącej wskazała położna Katarzyna Oleś w rozmowie z Sylwią Szwed: „Tak naprawdę to poród totalitarny wciąż się w Polsce zdarza, tylko jest ładnie opakowany. Polega on na tym, że nie bierze się zupełnie pod uwagę kobiety rodzącej, tylko próbuje się ociosać to, co ona przeżywa, i cały poród dopasować do tego, co piszą w książkach. Po co zmieniać jeden ogólnie uznany model? (...) Jak się jeszcze tego człowieka łamie, gdy on podejmuje walkę o to, żeby faktycznie zrealizować to, co mu się wydaje ważne, to już jest ewidentnie totalitaryzm. Pamiętam niejednego taki poród, a na forum, które prowadzi, nadal jest pełno takich opisów tego, jak ktoś po prostu decyduje za kobietę, co będzie dla niej dobre, i przeprowadza to wszelkimi możliwymi sposobami. Z wyłączeniem użycia siły”<sup>60</sup>.

W trakcie porodu na różne sposoby przypomina się kobiecie o jej potencjalnej defektywności jako rodzącej maszyny: poprzez monitorowanie pulsu płodu, manualne sprawdzanie szyjki macicy w celu stwierdzenia, czy rozszerzanie postępuje zgodnie ze schematem (jeśli nie, to podłącza się kobietę do kroplówki z hormonem przyspieszającym rozszerzanie się szyjki macicy, aby poród mógł zakończyć się w przepisowym czasie 26 godzin), profilaktyczne nacinanie krocza itd. Nieuchronność szpitalnych procedur często uniemożliwia przechodzenie przez kolejne etapy porodu w indywidualnym rytmie. Zdaniem Davis-Floyd kobiety, przyswajając technokratyczny model, akceptują pogląd, że kobiecie ciało jest wadliwe, co z kolei wpływa na percepcję porodowego doświadczenia. Za każdą sytuację niepowodzenia, taką jak wolne rozwieranie się szyjki macicy albo niemożność szybkiego wyparcia dziecka, obwiniają własne ciało. Na podobne podejście do własnego ciała można natrafić, analizując doświadczenia okołoporodowe kobiet w Polsce. *Mojej macicy oczywiście nie udało się odwieść od rozpaczliwej próby wyparcia dziecka. Jedyнным efektem jej kilkugodzinnej walki była porozrywana szyjka, kałuża krwi, ogromny krwiak na główce dziecka oraz skrajne wyczerpanie*

---

<sup>59</sup> R. Davis-Floyd, *The Rituals...*, op. cit.

<sup>60</sup> S. Szwed, *Mundra*, op. cit., s. 71.

*mojego dziecka, mnie i mięśni macicy. Kiedy o północy lekarz stwierdził, że można już przeć, moje ciało pozostawało bezładne i dalsze półtorej godziny nic nie wniosło w postęp porodu (list 9, k2)<sup>61</sup>.*

Instrumentalne podejście do swojego ciała nie objawia się jedynie w momencie porodu. Jedna z moich rozmówczyń wspomniała, że dopiero czas starania się o ciążę metodą zapłodnienia in vitro uświadomił jej, w jaki sposób od lat traktowała własne ciało: stawiała mu kolejne wyzwania, którym powinno sprostać, a sama była jakby od tego ciała oddzielona. Zdaniem Davis-Floyd w miarę zbliżania się momentu kulminacyjnego, czyli narodzin, liczba procedur rośnie niezależnie od tego, czy kondycja kobiety daje podstawy do takiej interwencji. Personel medyczny zaczyna wydawać rodzącej więcej poleceń, między innymi nakłania do parcia wraz z każdym skurczem, nie bacząc na to, czy aktualnie czuje ona taką potrzebę. Czasami, na przykład kiedy tuż przed samym końcem rozwiązania trzeba kobietę przetransportować do sali odbioru porodów, motywuje się ją do wstrzymania odruchu parcia tak, aby dziecko nie urodziło się w trakcie drogi. Ten model porodu jest całkowitą odwrotnością koncepcji naturalnej, w której kładzie się nacisk na potrzebę zharmonizowania świadomych reakcji z odruchami ciała. Komendy personelu medycznego zaprzeczają fizjologicznemu rytmowi kobiecego ciała i czynią z porodu wydarzenie mechaniczne, a z rodzącej jednostkę podporządkowaną instytucjonalnym procedurom. Z badań Davis-Floyd wynika, że zaledwie 15 procentom kobiet w Stanach Zjednoczonych udaje się odbyć w szpitalu poród metodą naturalną. Uważa ona, że kobiety te zakwestionowały własny proces socjalizacyjny i przełamały technokratyczny model porodu. Spacerowały po korytarzach, zamiast iść do łóżka. Wybrały masaż krocza zamiast nacięcia oraz urodziły jak „prymitywne kobiety”, siedząc lub kucając wsparte na dłoniach lub łokciach. Jedna kobieta, zaproszona na wózek inwalidzki, odmówiła i użyła go jako wózka bagażowego.

Poza modelem technokratycznym Davis-Floyd w toku swoich badań wyodrębniła jeszcze dwa inne modele porodów: humanistyczny

---

<sup>61</sup> Cytaty oznaczone na końcu dopiskiem „list” i numerem oraz skrótem „k” oznaczają konkretny list z puli listów nadesłanych na konkursy miesięcznika „Dziecko” w latach 2005–2006. Skróty „k1”, „k2” oznaczają odpowiednio pierwszy, drugi i kolejne konkursy.

i holistyczny<sup>62</sup>. Każdy z nich stanowi część szerszego paradygmatu medycznego. Podczas gdy model technokratyczny podkreśla odseparowanie umysłu i ciała, postrzegając to drugie jako maszynę, model humanistyczny kładzie nacisk na ich relację i definiuje ciało jako organizm. W modelu holistycznym z kolei istnieje jedność pomiędzy ciałem, umysłem i duchem, a ciało postrzegane jest jako pole energii pozostające w stałej interakcji z innymi polami.

W technokratycznym paradygmacie medycyny relacje pacjentów z personelem cechuje duży dystans, co najczęściej przekłada się na możliwie krótkie spotkania lekarza z pacjentem oraz minimalizowanie cielesnych kontaktów w postaci odruchów niosących wsparcie, takich jak trzymanie za rękę, podawanie ramienia czy obejmowanie. Do diagnozowania chorób tego typu medycyna używa wysoko zaawansowanego sprzętu, który kojarzony jest z dobrą opieką medyczną. Im wnikliwiej urządzenie bada ludzkie ciało, tym większe jest zaufanie do diagnozy, jaką pozwala ono postawić. Najlepszą rolę, jaką w tym schemacie może odegrać pacjent, jest bezdyskusyjne poddanie się personelowi wykonującemu zalecenia lekarza. W sytuacji porodu przejawia się to między innymi w nakazie przyjęcia przez rodzącą określonej pozycji: leżenie na plecach ze zgiętymi w kolanach nogami, co raczej nie pomaga akcji porodowej, ale za to ułatwia położnikowi kontrolowanie całego procesu. Na podobny aspekt tego wydarzenia wskazała polska położna Irena Chołuj w rozmowie z Sylwią Szwed: „Zadziwia mnie to, że w XXI wieku wciąż zmuszamy kobiety do rodzenia w pozycji leżącej, chociaż wiemy, że to może spowodować różne powikłania. Po pierwsze, kobieta ta jest absolutnie bezradna. Spróbuj wykonać jakąkolwiek ciężką pracę na leżąco. Dziecko rodzi się pod górkę, czyli wbrew grawitacji. Kobieta nie ma siły na wypchnięcie go. To najprostsze wytłumaczenia. Oczywiście dziś rodzące mają na pewno lepiej niż dwadzieścia, trzydzieści lat temu, ale ciągle najczęściej rodzą na leżąco, a jeśli personel medyczny jest łaskawy, to w pozycji półleżącej”<sup>63</sup>. Jak twierdzi Davis-Floyd, im większa możliwość kontrolowania natury przez człowieka, tym bardziej boi się on tych jej aspektów, które nie podlegają nadzorowi<sup>64</sup>, dlatego też domi-

---

<sup>62</sup> R. Davis-Floyd, *The Technocratic...*, op. cit.

<sup>63</sup> S. Szwed, *Mundra*, op. cit., s. 163.

<sup>64</sup> R. Davis-Floyd, *The Technocratic...*, op. cit.



nujący w amerykańskiej medycynie model technokratyczny całkowicie marginalizuje alternatywne praktyki, takie jak homeopatia, kręgarstwo, akupunktura, a w przypadku porodu – położnictwo<sup>65</sup>.

## NIE TYLKO TECHNOLOGIA

Humanistyczny model medycyny zrodził się z potrzeby ludzi pracujących w systemie opieki medycznej, których zdaniem biurokratyzacja procedur szpitalnych, w tym technicyzacja porodu oraz relacji z pacjentami, osiągnęła zbyt wysoki poziom. Lekarze i pielęgniarki samodzielnie zaczęli poszukiwać zhumanizowanej wersji medycyny, opierającej się na relacjach partnerskich, indywidualnym podejściu do pacjenta, szczerym zainteresowaniu każdą historią oraz współczuciu. W paradygmacie humanistycznym umysł i ciało, definiowane jako organizm, pozostają w stałej relacji, wobec czego symptomy somatyczne są rozpatrywane w połączeniu z psychicznymi i emocjonalnymi. Dla kobiety rodzącej oznacza to, że towarzyszący jej personel medyczny jest świadomy wpływu odczuć rodzącej na postęp akcji. W tym przypadku za znacznie bardziej efektywną uważa się pomoc emocjonalną niż technologicznie zaawansowaną interwencję. Ruch na rzecz porodów naturalnych, wpisujący się w ten model, wskazywał ponadto na konieczność pozostawienia noworodka przy matce oraz zezwolenia partnerom bądź innym bliskim osobom na przebywanie podczas porodu w sali, w której się on odbywa. Medycyna humanistyczna korzysta z wysoko wyspecjalizowanych maszyn i szpitalnych urządzeń, ale jednocześnie uwzględnia miękkie środki działania, takie jak tworzenie przyjaźniejszej, cieplejszej przestrzeni szpitalnej. Najlepiej podejście to wyraża zacytowany przez Davis-Floyd zwrot *high tech, high touch*. Podczas gdy w paradygmacie technokratycznym pacjent zobowiązany jest do bezdyskusyjnego poddania się lekarskim zaleceniom, tu bardzo ważną rolę odgrywa współpraca pacjenta, poinformowanego o chorobie, proponowanych sposobach leczenia

---

<sup>65</sup> Autorka użyła w tekście określenia *midwifery*, które tłumaczone jest na język polski tak samo jak *obstetrics*, czyli „położnictwo”. To drugie słowo odnosi się jednak do sytuacji konieczności wdrożenia procedur technomedycyny (za: R. Davis-Floyd, *The Technocratic...*, op. cit.), których położne nie stosują bez uprawnień lekarza położnika.

oraz spodziewanych rezultatach i ewentualnych niebezpieczeństwach. Jednocześnie w takiej sytuacji od lekarza wymaga się, by empatycznie i ze zrozumieniem podchodził do pacjenta, a przy diagnozowaniu brał pod uwagę również takie czynniki jak jego biografia czy środowisko społeczne. Co szczególnie istotne, medycyna humanistyczna kładzie nacisk na profilaktykę, edukację społeczną i upowszechnianie zdrowego stylu życia. Z tej perspektywy ważniejsze od budowania nowych szpitali i wyposażania ich w najnowocześniejszy sprzęt jest na przykład zaopatrywanie wsi i miast w czystą, zdrową wodę, tworzenie kampanii piętnujących palenie tytoniu czy też upowszechnianie dostępu do opieki zdrowotnej.

Wśród wszystkich trzech paradygmatów holistyczny dysponuje najszerszym wyborem sposobów leczenia i profilaktyki, poczynając od terapii żywieniowej poprzez tradycyjne metody, takie jak medycyna chińska i akupunktura, na koncepcjach wykorzystania ludzkiej energii kończąc. W podejściu tym ciało, stanowiące jedność z umysłem, opisywane jest jako energia. W medycynie holistycznej pacjent – tak samo jak lekarz – to pełnoprawny członek zespołu pracującego na wspólny sukces, czyli wyleczenie, a w przypadku porodu – szczęśliwe rozwiązanie. Wobec tego odpowiedzialność za stan zarówno choroby, jak i zdrowia spoczywa i na pacjencie, i na lekarzu.

Zdaniem Davis-Floyd najbardziej efektywny model medycyny powinien łączyć cechy wszystkich opisanych tu podejść. Wykorzystanie medycyny zaawansowanej technologicznie i opierającej się na nowoczesnych badaniach w połączeniu z empatyczną postawą modelu humanistycznego oraz otwarciem na alternatywne sposoby leczenia jako elementy wspierające cały proces może być wielkim przełomem nie tylko w obrębie samego systemu opieki zdrowotnej. Jeśli przyjmiemy, że paradygmat medycyny odbija jak w lustrze najważniejsze dla danego społeczeństwa wartości, wówczas tak zreformowany system opieki zdrowotnej nie pozostanie bez wpływu na kształt społeczeństwa. Zgodzić się jednocześnie trzeba, że wszystkie tu opisane propozycje są typami idealnymi, a koncepcja połączenia trzech paradygmatów w jedno idealne podejście jest typem idealnym utopijnym.

## AKCJA „RODZIĆ PO LUDZKU”

**W** jaki sposób zorganizowany jest poród w polskiej rzeczywistości? Aby odpowiedzieć na to pytanie, odwołam się do publikacji Fundacji Rodzić po Ludzku oraz materiałów zamieszczonych na stronie internetowej fundacji: <https://rodzicpoludzku.pl/>.

### RANKING PORODÓWEK

Fundacja Rodzić po Ludzku prowadzi działania edukacyjne i informacyjne na rzecz poprawy opieki okołoporodowej w Polsce. Organizacja powstała w 1996 roku, by kontynuować rozpoczęte dwa lata wcześniej działania grupy dziennikarzy i dziennikarek oraz działaczy i działaczek społecznych. Inspiracją do podjęcia pierwszej akcji „Rodzić po ludzku” była propozycja Sheili Kitzinger biorącej udział w kongresie „Jakość narodzin, jakość życia”, zorganizowanym w 1993 roku przez Ośrodek Edukacji Ekologicznej EKO-OKO, by stworzyć ranking porodówek na podstawie relacji i ocen samych rodzających. Była to pierwsza tego typu akcja w Polsce. Miesięcznik „Twoje Dziecko” oraz Ośrodek Edukacji Ekologicznej EKO-OKO zaapelowały wówczas o nadsyłanie opisów własnych porodów i związanych z tym pobytów w szpitalu<sup>66</sup>. W odpowiedzi spłynęło około 250 listów, w których kobiety przedstawiły trudne i bolesne historie.

Rzeczywistość, jaka wyłoniła się z korespondencji, dała początek akcji „Rodzić po ludzku” ogłoszonej w maju 1994 roku na łamach „Gazety Wyborczej”. Do redakcji nadesłano tysiące listów i ankiet. W tym samym roku w „Gazecie Wyborczej” opublikowano pierwszy *Przewodnik po szpitalach położniczych*. Opisano w nim 272 placówki położnicze. W roku 1995 „Gazeta Wyborcza” opublikowała kolejny przewodnik (ten przedstawił 439 oddziałów położniczych), a edycje 2000 i 2006 wydane zostały w wersji książkowej. „Choć pierwsze efekty pojawiły się już

---

<sup>66</sup> Wszystkie informacje o historii akcji „Rodzić po ludzku” zawarte w tym rozdziale pochodzą ze strony Fundacji Rodzić po Ludzku: <https://rodzicpoludzku.pl/o-nas/historia/> (dostęp: 13.11.2023).

w połowie 1994 roku, to nadal powszechnie panował *medyczny model rodzenia*. Kobiety poddawane były rutynowym zabiegom (lewatywie, goleniu, nacinaniu krocza), bez uzgodnienia podawano im środki przyspieszające poród. Rodzące unieruchamiano, nie mogły się poruszać w pierwszym okresie porodu ani przyjąć dogodnej pozycji w drugim, musiały rodzić tak, jak nakazywał szpital – na leżąco<sup>67</sup>.

## POSTĘP

Zmiany w świadomości zarówno rodzących, jak i odpowiedzialnych za szpitalne procedury przysłyły wraz z drugą edycją akcji. W części placówek szpitalnych zezwolono na obecność bliskich rodzącej: podczas samego porodu mógł być obecny ojciec dziecka, coraz częściej godzono się też na wizyty rodziny w szpitalu. Ponadto dziecko mogło po porodzie przebywać cały czas z matką. Co szczególnie ważne, zaczęto traktować rodzące podmiotowo. Personel medyczny coraz częściej decydował się na udzielanie kobietom informacji na temat wdrażanych zabiegów, podawanych leków czy aktualnego stanu dziecka, a same szpitale zaczęły masowo otwierać szkoły rodzenia.

Pierwsza akcja „Rodzić po ludzku” była również pionierską i zakrojoną na dużą skalę inicjatywą w zakresie gromadzenia relacji o tym, jak wygląda w Polsce poród. Nadesłane wówczas listy i ankiety (w trakcie realizacji dwóch pierwszych lat akcji „Rodzić po ludzku” swoje porody opisało 15 tysięcy kobiet) stanowią wyjątkowe źródło wiedzy o indywidualnym kobiecym doświadczeniu okołoporodowym. Z ich treścią zapoznały się głównie osoby włączone w akcję oraz pracownice Fundacji Rodzić po Ludzku. Materiały te pozostają w zbiorach fundacji, ale do tej pory nie zostały opracowane, choć mogłyby się złożyć na duże archiwum społeczne<sup>68</sup>. Akcja „Rodzić po ludzku” jest też ciekawym przykładem herstorii, która wpłynęła na zmianę społecznej świadomości w zakresie doświadczenia okołoporodowego, a także na zmianę fragmentu rzeczywistości społecznej, w tym przypadku związanej z organizacją doświadczenia okołoporodowego kobiet.

---

<sup>67</sup> Ibidem.

<sup>68</sup> Archiwum społeczne to takie, które powstało w efekcie działań oddolnych.

Przewodnik po szpitalach położniczych w Polsce z roku 2000, oparty na 12 tysiącach listów i ankiet, został wydany w formie książki liczącej niemal 300 stron (na części zamieszczono reklamy usług i produktów przede wszystkim kierowanych do kobiet będących w ciąży). Tak jak w poprzednich przewodnikach, także w tym ocenione zostały szpitale położnicze w poszczególnych województwach, jednak kryteria oceny uległy pewnym zmianom w stosunku do kryteriów stosowanych podczas akcji w latach 90. Wcześniej możliwość niejako typu premium w 2000 roku została uznana za standard. Ponadto zaostrzono ocenę za kontakt matki z dzieckiem tuż po porodzie i opiekę po porodzie (punktowano rzeczywiste niesienie pomocy). Ostrzej oceniono też aspekty edukacyjne, a więc oprócz prowadzenia szkoły rodzenia punktowane było również poradnictwo laktacyjne. Można zatem uznać, że wymagania pacjentek wzrosły wprost proporcjonalnie do wzrostu jakości porodów<sup>69</sup>. Oceny przyznawano w następujących kategoriach:

1. swoboda rodzenia – premiowane były te szpitale, gdzie uznawano prawo kobiety do wyboru najwygodniejszej pozycji rodzenia oraz zachowania zgodnego z jej instynktem;
2. obecność bliskiej osoby w trakcie porodu;
3. kontakt z dzieckiem bezpośrednio po porodzie (punktowano kładzenie dziecka na brzuchu matki tuż po porodzie, pierwsze karmienie w sali porodowej);
4. rooming-in, czyli wspólne przebywanie matki z dzieckiem w tej samej sali (łóżeczko lub nawet inkubator ustawione obok łóżka matki);
5. edukacja i poradnictwo przed porodem i po nim.

W każdej z powyższych kategorii szpital mógł otrzymać całą gwiazdkę lub pół gwiazdki (według opisanych kryteriów) albo nie dostać nic. Maksymalnie można było ocenić szpital na pięć gwiazdek. Przyznawano też serca (maksymalnie również pięć) za życzliwość okazaną przez personel medyczny rodzącym, za pomoc, informowanie o przebiegu porodu i stanie dziecka oraz wykonywanie badań i zabiegów za wiedzą i zgodą kobiety, za poszanowanie godności i zachowanie intymności, a także za pytanie kobiet o zgodę na obecność przy porodzie studentów i studentek. Szpital mógł też

---

<sup>69</sup> *Przewodnik po szpitalach położniczych w Polsce*, oprac. A. Otfinowska i in., Warszawa 2000, s. 16.

otrzymać czarne serce: gdy autorki listów wspominały pobyt źle ze względu na nieżyczliwe bądź nawet aroganckie zachowanie personelu, brak informacji o stanie rodzącej lub dziecka albo z powodu niezapewnienia rodzącej minimum intymności i godności. Oprócz oceny w postaci gwiazdek i serc w *Przewodniku* można znaleźć notkę z podstawowymi informacjami praktycznymi, takimi jak: kto jest ordynatorem położnictwa; kto – neonatologii; czy można wcześniej obejrzeć oddział; czy w szpitalu prowadzona jest szkoła rodzenia i poradnia laktacyjna; co można, a co należy wziąć ze sobą do szpitala; jakie zabiegi są wykonywane przed porodem (obowiązkowo/nieobowiązkowo); jak wyposażona jest sala do porodu; czy można w pierwszej fazie porodu chodzić, pić, wziąć prysznic; w jakich pozycjach najczęściej rodzi się w danej placówce oraz czy jest możliwość zdecydowania o pozycji rodzenia; czy i kiedy po porodzie dziecko kładzione jest na brzuchu matki; czy przy porodzie (naturalnym lub przez cesarskie cięcie) może być obecna bliska osoba; jak wyglądają sale poporodowe i na jaką opiekę można liczyć. Ponadto zespół redakcyjny zamieścił w *Przewodniku* wiele cytatów z nadesłanych listów ilustrujących zarówno pozytywne, jak i negatywne doświadczenia rodzących/położnic, a także cytaty z wypowiedzi ordynatorów i lekarzy poszczególnych placówek oraz obserwacje reporterek i reporterów „Gazety Wyborczej” zbierających materiały na miejscu.

## RODZIĆ PO LUDZKU, CZYLI JAK?

Trzecia akcja „Rodzić po ludzku” doprowadziła do sformułowania Dekalogu Rodzenia po Ludzku. W *Przewodniku* z 2000/2001 roku na stronach 14–15 określono 10 warunków, które muszą być spełnione, by można było mówić o ludzkim porodzie (będącym przeciwieństwem tego, którego obraz wyłonił się z listów i ankiet nadesłanych w ramach akcji w 1994 roku):

1. Kobieta rodząca ma prawo do życzliwej opieki, do szacunku ze strony personelu i do pełnej informacji.
2. Kobieta ma prawo do wyboru miejsca urodzenia dziecka.
3. Przyszli rodzice powinni mieć możliwość przygotowania się do porodu w szkole rodzenia.
4. To nie szpital, lecz kobieta decyduje, jak urodzi swoje dziecko.
5. Kobieta ma wpływ na środki i zabiegi stosowane podczas porodu.

6. Poród jest wydarzeniem intymnym.
7. Poród to wydarzenie rodzinne. Kobieta ma prawo do tego, by towarzyszył jej ktoś bliski.
8. Od pierwszych chwil po porodzie zdrowy noworodek powinien przebywać z matką.
9. Szpital nie powinien, bez uzasadnionego powodu, zabraniać lub utrudniać matce i dziecku kontaktu z rodziną.
10. Rodzenie po ludzku powinno być dostępne dla każdej kobiety. Powinno być objęte ubezpieczeniem.

## PRZEJŚCIE DO INTERNETU

Czwarta edycja akcji „Rodzić po ludzku” była ostatnią, w której podsumowaniu wydano przewodnik w wersji papierowej, ale po raz pierwszy wyszedł on w dwóch częściach: dla Polski środkowozachodniej i środkowowschodniej. Zawartość przewodnika opracowano na podstawie rekordowej liczby 40 tysięcy ankiet i 4 tysięcy listów. Kryteriów oceny nie zmieniono, ale zwrócono szczególną uwagę na wybrane aspekty. Jeśli chodzi o swobodę rodzenia, to w edycji z 2006 roku przyglądano się dodatkowo temu, czy kobieta pozostaje unieruchomiona przez dużą część porodu z powodu podłączenia do KTG. W przypadku obecności bliskiej osoby sprawdzano, czy jest ona traktowana uważnie i z szacunkiem oraz czy może aktywnie pomagać w porodzie. Zaostrzono też kryteria oceny opłat za porody rodzinne. We wcześniejszej edycji nie przyznawano gwiazdki, gdy opłaty były wysokie, a w edycji z 2006 roku, gdy pobierano jakąkolwiek opłatę. Z kolei w kategorii „pomoc i wsparcie po porodzie” większą uwagę przykładano do promowania i wspierania przez szpital karmienia piersią oraz do jakości opieki nad matką i dzieckiem po porodzie. Również w samym Dekalogu „Rodzenia po ludzku” (tym razem zastosowano cudzysłów) wprowadzono pewne zmiany. Jeszcze mocniej zaakcentowano podmiotową rolę kobiety w całym procesie porodu. W punktach 4 i 9, gdzie była mowa o roli szpitala, w ogóle zrezygnowano z odnoszenia się do tej instytucji, by przyznać pełną decyzyjność rodzącej/położnicy. Pewnym zmianom uległ też sposób prezentowania oferty szpitali. Opis rozszerzono o statystyki dla danego oddziału dotyczące odsetka: cesarskich cięć, porodów rodzinnych, porodów w wodzie, porodów przyspieszanych oksytocyną, porodów naturalnych,

porodów znieczulanych zewnątrzoponowo oraz nacięć krocza. Sam opis oferty wyraźnie rozdzielono na dwie części: do porodu i po porodzie.

Od 2007 roku fundacja nie wydaje już przewodników w wersji książkowej. W ich miejsce została stworzona internetowa baza polskich porodówek: <http://www.gdzierodzic.info/>. Oprócz informacji, publikowanych już w przewodnikach, baza zawiera relacje z porodów i pobytów w wybranych szpitalach. Można w niej znaleźć aktualne wpisy kobiet, które urodziły w danej placówce, a więc oprócz statystyk strona prezentuje indywidualne doświadczenie okołoporodowe.

## **PORÓD ZMEDYKALIZOWANY JAKO NORMA**

W roku 2007 Fundacja Rodzić po Ludzku wydała raport *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku 2006”*. Publikacja ta przedstawia sposób zorganizowania opieki okołoporodowej w Polsce. Już na samym początku części diagnostycznej raportu wskazano na obecność w powszechnej świadomości przeświadczenia, że porodem „zarządzają” eksperci. „Przekonanie, że kobieta, jako laik, powinna podporządkować się decyzjom profesjonalistów, pojawia się również w wypowiedziach lekarzy i położnych”<sup>70</sup>. W ocenie osób, które opracowały raport, poród zmedykalizowany nadal pozostaje normą. Co go charakteryzuje?

1. Rodząca znajduje się w obcym dla siebie środowisku.
2. Personel medyczny traktuje poród jako proces mechaniczny, którego celem jest wyłonienie się dziecka z ciała rodzącej.
3. Personel medyczny zakłada, że rodząca nie ma kompetencji, a więc nie może podejmować decyzji o przebiegu porodu.
4. Przejęcie kontroli nad porodem przez ekspertów skutkuje dostosowaniem rytmu porodu do obowiązujących w danej placówce procedur i standardów.
5. Rutynowo wykonuje się interwencje medyczne (przebicie pęcherza płodowego, podanie oksytocyny, nacinanie krocza).
6. Kontakt matki z dzieckiem jest ograniczony.

---

<sup>70</sup> *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku 2006”*, oprac. U. Kubicka-Kraszyńska, A. Otfinowska, Warszawa 2007, s. 21.



Dane w tabelach, prezentujące odsetek stosowania wybranych interwencji medycznych w latach 2000/2001 oraz 2004–2006, wskazują, że w Polsce wzrosło zjawisko medykalizacji porodu fizjologicznego. W szczególności dotyczy to stosowania interwencji medycznych, takich jak podawanie oksytocyny (odsetek wzrósł do 50 procent rodzących), przebijanie pęcherza płodowego (u co czwartej rodzącej, co jednocześnie stanowi wzrost o niemal 18 procent) oraz nacinanie krocza (u 80 procent kobiet). Według danych zebranych przez Fundację Rodzić po Ludzku ponad 90 procent kobiet, które urodziły w okresie 2004–2006, doświadczyło przynajmniej jednej ingerencji w trakcie porodu. Inną rutynowo zalecaną procedurą jest elektroniczne monitorowanie płodu, które w początkowym okresie stosowania dotyczyło tylko wybranych przypadków, a obecnie jest wykorzystywane u zdecydowanej większości rodzących. Analiza danych przytoczonych w raporcie pozwala stwierdzić, że stałe elektroniczne monitorowanie płodu nie obniża wskaźników zachorowalności czy umieralności okołoporodowej ani też umieralności noworodków, natomiast unieruchamia rodzącą w pozycji leżącej, odbierając jej możliwość swobodnego poruszania się i przybierania dogodnych i ułatwiających przejście przez fazę bólu pozycji. Pozycja leżąca wciąż jest często stosowana w trakcie drugiej fazy porodu.

Według danych zebranych do *Przewodnika po szpitalach położniczych w Polsce* z 2000 roku niemal 50 procent kobiet rodziło w tej pozycji. Dane zebrane do *Przewodnika* z 2006 roku wskazują na zmniejszenie tego odsetka do 32 procent. Jednocześnie warto spojrzeć na inny wykres, pokazujący, że jedynie 15 procent kobiet samodzielnie wybrało pozycję rodzenia, w 35 procentach przypadków to personel narzucił pozycję, a 50 procentom kobiet pozycję doradzono. W niemal 70 procentach przypadków była to pozycja przyjęta na łóżku porodowym (na leżąco, półsiedząco, na boku, na siedząco), co może wskazywać na to, że takie rozwiązanie jest obowiązującym w szpitalach standardem. Zatem, odwołując się do jednego z wyznaczników medykalizacji porodu mówiącego o przejęciu kontroli nad całym tym wydarzeniem przez ekspertów, należy uznać, że rodzące w mniejszym bądź większym stopniu są mobilizowane do przyjęcia zmedykalizowanego modelu porodu. Jednocześnie, jak podkreślono w raporcie o opiece okołoporodowej, same rodzące przychodzą do szpitala z uwewnętrzną zmedykalizowaną normą. „Przyczyny medykalizacji tkwią również w społecznym spostrzeganiu porodu jako wydarzenia niebezpiecznego, które powinno odbyć się pod kontrolą medyczną. Często same kobiety domagają się

interwencji, sądząc, że są one konieczne i nie mając zaufania do możliwości własnego ciała i fizjologii – taki obraz wyłania się z analizy listów nadesłanych przez respondentki akcji »Rodzić po ludzku« 2006”.

Jako inną przyczynę medykalizacji porodu podano „brak standardów postępowania dla porodu fizjologicznego bazujących na medycynie opartej na dowodach”<sup>71</sup>. Z inicjatywy Fundacji Rodzić po Ludzku w 2007 roku Minister Zdrowia powołał interdyscyplinarny zespół (w jego skład weszły również przedstawicielki Fundacji Rodzić po Ludzku), którego zadaniem było określenie standardów opieki okołoporodowej. Na podstawie opracowanego przez zespół dokumentu powstało Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu i opieki nad noworodkiem. Jeszcze w tym samym roku Fundacja przeprowadziła monitoring w wybranych placówkach, a w roku 2013 wydała *Raport. Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego*<sup>72</sup>.

Dane z monitoringu potwierdziły, że na tamten moment dominującym modelem zorganizowania porodu i wydarzeń mu towarzyszących był model zmedykalizowany. Stwierdzono między innymi: „zawarta w standardach zasada podmiotowej roli kobiety w procesie porodu, respektowania jej woli, życzeń i potrzeb, realizowana jest w stopniu niewielkim lub w ogóle”<sup>73</sup>. W opinii personelu medycznego standardy stanowią próbę ograniczenia lub zmiany jego uprawnień oraz ingerencję w szpitalny system. Powszechną praktyką jest wręczanie przyjmowanym do szpitala ogólnej zgody, którą kobiety muszą podpisać, nie wiedząc, jakich dokładnie zabiegów ona dotyczy. W toku porodu pacjentki zazwyczaj nie są pytane o zgodę na poszczególne ingerencje (wyjątek stanowi golenie krocza i wykonywanie lewatywy). „Zamiar podania leków, przebicia pęcherza płodowego czy nacięcia krocza jest rodzajem komunikowany (bez pytania o zgodę), a czasami czynności te wykonywane są bez przekazania żadnych informacji. (...) Spośród respon-

---

<sup>71</sup> Ibidem, s. 45.

<sup>72</sup> *Raport. Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego*, oprac. B. Baranowska, U. Kubicka-Kraszyńska, A. Tymińska, Warszawa 2013.

<sup>73</sup> Ibidem, s. 6.

dentek, u których został przebity pęcherz płodowy, żadna nie została zapytana o zgodę. Kobiety te zostały jedynie poinformowane, że taki zabieg będzie wykonany. (...) Podobne zachowania można zaobserwować w sytuacji nacinania krocza – z zasady kobiety nie są pytane o zgodę na nacięcie<sup>74</sup>.

W kolejnym raporcie przedstawiającym wnioski z monitoringu wszystkich szpitali i oddziałów położniczych, wydanym przez Fundację w 2017 roku<sup>75</sup>, potwierdzono wysoki poziom medykalizacji porodu w Polsce. Ma o tym świadczyć między innymi wysoki odsetek cesarskich cięć, utrzymująca się na wysokim poziomie częstotliwość nacięć krocza, niemal dwukrotnie wyższy od zalecanego przez WHO odsetek porodów indukowanych, zbyt częste podawanie oksytocyny w celu przyspieszenia akcji porodowej, sugerowanie rodzącym, by w drugiej fazie porodu przyjmowały pozycje na łóżku zamiast wertykalnych, czy przerywanie zaleconego dwugodzinnego kontaktu „skóra do skóry”.

## ZA PORODEM NATURALNYM

Przytoczone dane wskazują na to, że zmedykalizowany model porodu dominuje w polskich placówkach położniczych. Jednocześnie coraz większym zainteresowaniem cieszy się poród naturalny, a więc poród odbywający się siłami natury, zgodnie z fizjologicznym rytmem, w trakcie którego nie ingeruje się medycznie, jeśli nie jest to konieczne, a sama rodząca jest świadomą uczestniczką tego wydarzenia. Fundacja Rodzić po Ludzku od początku swojego istnienia promowała ten model. Na jej stronie internetowej można znaleźć wiele materiałów prezentujących zalety porodu naturalnego, przeznaczonych zarówno dla osób profesjonalnie zajmujących się położnictwem, jak i dla ciężarnych. Na przykład w tekście *Czułe położnictwo – wspieranie naturalnego przebiegu porodu*<sup>76</sup>

---

<sup>74</sup> Ibidem, s. 17.

<sup>75</sup> *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Medykalizacja porodu w Polsce*, oprac. A. Doroszevska, Warszawa 2017.

<sup>76</sup> Tekst autorstwa Jeanette Kalyty – położnej, lekarki oraz Agnieszki Kurczuk-Powolny – ginekolożki, położnej, wygłoszony na konferencji „Wspierająca moc dotyku” zorganizowanej przez Fundację Rodzić po Ludzku w 1999 roku; <https://www.rodzicpoludzku.pl/wokol-porodu/wiedza-o-porodzie/693-sprawozdania-2005.html> (dostęp: 13.11.2023).

autorki szeroko opisują techniki, jakie mogą zastosować położne na każdym etapie porodu, by pomóc rodzącej w przejściu przez cały proces bez interwencji medycznej. Prezentują metody naturalnego indukowania porodu, minimalizowania różnego rodzaju bólu, a także sposoby motywowania rodzącej do zaangażowania i wiary we własne siły oraz omawiają korzystne pozycje rodzenia.

W innym tekście zamieszczonym na stronie fundacji zatytułowanym *Narodziny ludzkiego ssaka*<sup>77</sup> autor opisuje poród jako proces fizjologiczny przebiegający podobnie u wszystkich ssaków. Wskazuje między innymi na podzielaną przez ssaki, w tym przez człowieka, potrzebę poczucia bezpieczeństwa podczas porodu, która u kobiet ma się przekładać na potrzebę zachowania prywatności i intymności. Zwraca też uwagę na istotną rolę starszych ewolucyjnie struktur mózgu odpowiedzialnych za wydzielanie hormonów oraz argumentuje za potrzebą ograniczenia bodźców stymulujących korę mózgową rodzącej, co z kolei może skutkować jej niecodziennymi zachowaniami. „I właśnie dlatego kobieta, która rodzi, dąży do tego, aby odciąć się od otaczającej ją rzeczywistości, zapomnieć o wszystkim, co czytała, czego się nauczyła. Dlatego pozwala sobie na to, na co nigdy nie pozwoliłaby sobie w codziennym życiu (na krzyk, bycie spoconą), dlatego może przybrać najbardziej nieoczekiwaną pozycję”. Autor tłumaczy niejako odmienne od codziennego zachowanie rodzącej, bliższe zachowaniu zwierząt niż ludzi. W trakcie porodu rodzącą zachęca zaś do mentalnego opuszczenia otaczającej ją rzeczywistości, zawieszenia społecznie pożądanых zachowań oraz poddania się fizjologicznemu procesowi w sposób, który umożliwi jej urodzenie dziecka bez interwencji medycznych. Następnie autor dowodzi negatywnych skutków podawania znieczulenia, które ma wpływać na osłabienie więzi matki i dziecka (podobnie jak urodzenie przez cesarskie cięcie). Mimo iż uwarunkowania społeczne i kulturowe mogą zmniejszać ewentualne negatywne skutki wskazanych wyżej interwencji (na skutek socjalizacji kobiety wiedzą bowiem, jakich zachowań się od nich oczekuje), to autor gorąco zachęca do korzystania z doświadczeń zwierząt. „Kulturowe uwarunkowania mogą wpływać na rów-

---

<sup>77</sup> Tekst autorstwa Michela Odenta, położnika i badacza, przetłumaczony przez Katarzynę Oleś; <https://www.rodzicpoludzkupl/wokol-porodu/wiedza-oprodrodzie/696-sprawozdania-2005.html> (dostęp: 13.11.2023).

nowagę hormonalną w czasie porodu, a tym samym zaburzać proces przychodzenia na świat. Innymi słowy: wszystkie uwarunkowania społeczne, którym podlegamy, zakłócają fizjologiczne procesy w czasie porodu i w okresie okołoporodowym”. Na końcu omawianego tekstu autor wprost formułuje swój postulat odejścia od wszelkich form kulturowego czy społecznego organizowania porodu na rzecz „zezwierżenia go”, odhumanizowania, tak by rodząca w pełni naturalnie i tym samym najbardziej korzystnie dla siebie i dziecka przeszła przez cały ten proces. Widać tu kontynuację obecnej już w podejściu Grantly’ego Dicka-Reada koncepcji natury jako czegoś dobrego, uwalniającego od utrudniającego poród bagażu cywilizacji.

W innej zamieszczonej na stronie Fundacji Rodzić po Ludzku publikacji *Poród w ekstazie*<sup>78</sup> została przedstawiona podobna koncepcja porodu – jako doświadczenia naturalnego, sterowanego u ssaków tymi samymi grupami hormonów. Ich odpowiednie dawki wyprodukowane we właściwym momencie procesu warunkują określone odruchy i zachowania rodzącej, co z kolei skutkuje udanym porodem. Współczesny sposób zorganizowania położnictwa uniemożliwia kobiecie, zdaniem autorki tekstu, wejście w stan porodowej równowagi hormonalnej. „Niezakłócony poród jest wyjątkowo rzadki w naszej kulturze, co pokazuje, jak bardzo nie doceniamy jego znaczenia. Są dwa czynniki, które zaburzają poród u wszystkich ssaków: bycie w nieznanym miejscu i obecność obserwatora. Fundamentalne dla porodu zdaje się więc poczucie bezpieczeństwa i prywatności. Mimo to cały system zachodniego położnictwa jest zorganizowany tak, aby obserwować kobiety w ciąży oraz rodzące, zarówno przez ludzi, jak i przez maszyny. Gdy poród nie postępuje gładko, położnicy odpowiadają na to jeszcze bardziej wzmożonym śledzeniem. To doprawdy niesamowite, że jakakolwiek kobieta jest w stanie urodzić dziecko w takich warunkach”. Autorka stawia tezę, że za popularnością znieczulenia zewnątrzoponowego stoi chęć czy potrzeba kontrolowania przez personel szpitalny zachowań rodzącej. Podanie tego środka blokuje produkcję hormonu, który ma wpływać na zmianę świadomości rodzącej. Zmiana ta, prowadząca według autorki do niecodziennych, irracjonalnych zachowań,

---

<sup>78</sup> Tekst autorstwa Sarah J. Buckley – doktor nauk medycznych, lekarki rodzinnej, autorki publikacji na temat ciąży, porodu i macierzyństwa; <https://www.rodzicpoludzku.pl/wokol-porodu/wiedza-o-porodzie/701-sprawozdania-2005.html> (dostęp: 13.11.2023).

stanowi część normalnego porodu, ale personel medyczny nie jest przygotowany do pracy z kobietą będącą w takim „odmiennym” stanie.

Inny przykład odpowiedzi na niesatysfakcjonujący współczesny model położnictwa i jednocześnie promowania naturalnego modelu porodu to publikacja *O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia*<sup>79</sup>. Cel tekstu stanowi ukazanie znaczenia bólu porodowego, który w opinii zespołu redakcyjnego jest obecnie powszechnie eliminowany (lub co najmniej ograniczany) poprzez stosowanie środków farmakologicznych. Z badań własnych Fundacji Rodzić po Ludzku wynika, że 49 procentom rodzących kobiet nie zaproponowano żadnej metody łagodzenia bólu, choć doświadczenie bólu to jedno z dominujących doświadczeń w trakcie porodu. Jak wskazują autorki, można je uznać za uniwersalne. Stanowi normę (w przeciwieństwie do nieodczuwania bólu). Jednocześnie autorki wskazują na fakt powiązania doświadczenia bólu porodowego z utrwalaniem się negatywnego obrazu porodu, który jest ich zdaniem „społecznie dziedziczny”<sup>80</sup>. Jedną z przyczyn wzmacniających negatywne konotacje bólu jest dominujący we współczesnej kulturze zachodniej przekaz o możliwości czy nawet o prawie do natychmiastowego wyeliminowania doświadczenia bólu za sprawą ogólnodostępnych i szeroko reklamowanych środków. Utrwalanie tego przekazu wpływa na to, że ból staje się doświadczeniem nieakceptowanym. W sytuacji porodu przekłada się to na potrzebę rodzącej, by wyeliminować bądź złagodzić ból porodowy, ale w ocenie autorek publikacji nie każda metoda jest dobra.

Autorki wskazują na kilka ważnych funkcji bólu porodowego, podkreślając tym samym jego znaczenie. Zaczynają od jego funkcji informacyjnej. „Natężenie i rodzaj bólu na kolejnych etapach porodu informuje rodzącą o tym, co dzieje się w jej ciele i na jakim etapie porodu się znajduje. To pozwala jej adekwatnie reagować na bodźce, poszukiwać sposobów radzenia sobie z nimi, co z kolei gwarantuje sprawny i bezpieczny przebieg porodu”<sup>81</sup>. Twierdzą następnie, że doświadczenie bólu porodowego daje kobiecie poczucie satysfakcji. Z omawianego tekstu jednoznacznie wpływa więc przekaz o tym, że ból jest istotną składową procesu porodu. Jednocześnie autorki analizują czynniki wpływające na jego intensyfikację

---

<sup>79</sup> *O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia*, oprac. U. Kubicka-Kraszyńska, A. Otffinowska, J. Pietrusiewicz, Warszawa 2006.

<sup>80</sup> Ibidem, s. 9.

<sup>81</sup> Ibidem, s. 16.

cję, wskazując między innymi na brak poczucia bezpieczeństwa rodzącej, niesprzyjające porodowi warunki czy niemożność współdecydowania o przebiegu procesu (na przykład o pozycji rodzenia). „Uczucie bezsilności i bierności może sprawić, że ból jest odbierany dotkliwiej”<sup>82</sup>.

Dużo uwagi poświęcają negatywnym skutkom nadmiernego odczuwania bólu, ale koncentrują się przede wszystkim na omówieniu niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego. Metody te mają w ich ocenie zasadniczą przewagę nad środkami farmakologicznymi: „brak długotrwałego negatywnego wpływu na matkę i dziecko, działają tylko w chwili ich stosowania, nie wymagają skomplikowanej aparatury, kobieta jest przytomna, zdolna do współpracy z położną, nie zakłócają kontaktu matki z dzieckiem po porodzie”<sup>83</sup>. Do niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego autorki zaliczyły: udzielanie stałego wsparcia rodzącej kobiecie, głęboki relaks i rozluźnianie ciała (w tym również poprzez świadome oddychanie), masaż podczas porodu, oddziaływanie zimnem i ciepłem, wydawanie dźwięków podczas porodu (co, jak wskazują autorki, jest przez kobiety dość często tłumione), ruch i przyjmowanie pozycji wertykalnych, aromaterapia oraz stosowanie wody jako środka łagodzącego ból. Omówienie farmakologicznych sposobów łagodzenia lub znoszenia bólu porodowego rozpoczynają od ogólnego powołania się na badania naukowe mówiące o tym, że wpływ takich środków na zdrowie matki i dziecka nie jest obojętny<sup>84</sup>. Dalej prezentują dwa najczęściej stosowane leki, podając ich skutki uboczne, w tym między innymi powołują się na badania sztokholmskiego instytutu<sup>85</sup>, który przebadał wpływ środków przeciwbólowych z rodziny opiatów na decyzję o popełnieniu samobójstwa przez osoby, których matki zostały w ten sposób znieczulone. „Odkryto korelację między traumą porodową a metodami, jakimi zostało popełnione samobójstwo. Np. osoby, które skończyły z życiem, wieszając się, dusząc lub topiąc, 4 razy częściej niż osoby z grupy kontrolnej urodziły się w zamartwicy”<sup>86</sup>. Matki tych, którzy

---

<sup>82</sup> Ibidem, s. 19.

<sup>83</sup> Ibidem, s. 20.

<sup>84</sup> Ibidem, s. 32.

<sup>85</sup> Karolinska Institute, badania pod kierunkiem dr. Bertila Jakobsona.

<sup>86</sup> Zamartwica to stan niedoboru tlenowego w organizmie. Za jedną z przyczyn wystąpienia zamartwicy u noworodka podaje się przyjęcie przez matkę w trakcie porodu środka znieczulającego na bazie opiatów (*O bólu porodowym...*, op. cit., s. 33).

zmarli z przedawkowania narkotyków, dwa razy częściej niż te z grupy kontrolnej w czasie porodu miały podane opiaty i trzy razy częściej barbiturany<sup>87</sup>. Autorki przytaczają jeszcze kilka innych przykładów badań potwierdzających powiązanie skłonności do narkomanii i faktu bycia urodzonym/urodzoną przez kobietę, której podawano znieczulenie na bazie opiatów bądź barbituranów. Drugi co do częstotliwości stosowania środków przeciwbólowy – znieczulenie zewnątrzoponowe – opisany został z perspektywy negatywnych skutków dla akcji porodowej, dla samego noworodka oraz dla relacji matki z dzieckiem.

Autorki omówionej powyżej publikacji zwracają uwagę na to, że obraz porodu w naszej kulturze jest negatywny między innymi z powodu określonego (negatywnego) wyobrażenia o bólu porodowym – doświadczanym do granic możliwości. Taki obraz jest przekazywany z pokolenia na pokolenie, a odwrócenie tej negatywnej tendencji autorki uważają za bardzo trudne i czasochłonne. Ból jest doświadczeniem w większości przypadków niepożądanym i gros kobiet, które go doświadczyły, przyzna, że był ogromny. Pojawia się więc pytanie, czy wyobrażenie bólu porodowego jako doświadczenia granicznego jest wyobrażeniem zniekształcającym obraz porodu czy raczej bliskim realnemu przeżyciu. Autorki tłumaczą fizjologiczne źródła tego bólu, wykazując tym samym jego nieuchronność. Jednocześnie stoją na stanowisku, że całkowite wyeliminowanie doświadczenia bólu z porodu nie jest dobre ani dla rodzącej, ani dla płodu, ani – pośrednio – dla samej akcji porodowej (zgodnej z fizjologicznym rytmem, bez medycznych ingerencji). Skoro negatywne wyobrażenie o bólu porodowym jest obecne w kulturowym i społecznym przekazie od dawna, to można sądzić, że w jakiejś części odwołuje się do rzeczywistego doświadczenia. Wydaje się zatem, że postulat odwrócenia negatywnej tendencji w postrzeganiu porodu wywodzi się z koncepcji porodu naturalnego, której częścią jest również określone wyobrażenie o bólu porodowym. W koncepcji porodu naturalnego ból jest bowiem czymś właściwym, a nawet pożądanym, można go minimalizować, ale nie należy go całkowicie eliminować, ponieważ odczuwanie go gwarantuje udany poród, satysfakcję położnicy i pożądaną stan zdrowia noworodka.

Koncepcja porodu naturalnego nie od razu zyskała aprobatę w polskim środowisku położniczo-lekarskim. Irena Chołuj, wykonująca za-

---

<sup>87</sup> Ibidem, s. 34.



wód położnej od 1964 roku, wspomina<sup>88</sup>, że pierwszy poród naturalny poprowadziła w dwudziestym piątym roku swojej pracy zawodowej, czyli w 1989 roku. Dla niej samej było to wydarzenie przełomowe, ale w środowisku szpitalnym negatywnie oceniono fakt odebrania porodu w domu. „Mówiono, że jestem czarownicą, że poród domowy to powrót do jaskini, że robię z siebie »babkę«, a powinnam pracować jak współczesna, wykształcona położna”<sup>89</sup>. Chołuj podjęła osobistą walkę o upodmiotowienie kobiety rodzącej w szpitalu, a jednocześnie, jak sama wspomina, zaczęła postrzegać poród jako wydarzenie fizjologiczne i starała się wspierać ten proces, eliminując w miarę możliwości obowiązujące szpitalne procedury. „Nie namawiałam rodzących na chodzenie, same wstawały. Pomagałam tym kobietom, które nie chciały dać się położyć. Pytałam lekarza, czy widzi jakieś przeciwwskazania do chodzenia. Prosiłam, żeby wskazał je i mnie, i słuchaczkom”<sup>90</sup>. Dzięki niezłomnej postawie Ireny Chołuj w szpitalu, w którym pracowała, zaczęły powoli następować zmiany. Zbiegło się to w czasie ze wspomnianym już kongresem „Jakość narodzin, jakość życia” w 1993 roku, który z kolei dał początek akcji „Rodzić po ludzku”. Jak jednak wynika z omówionych źródeł, model porodu naturalnego jest rzadziej stosowany niż model porodu zmedykalizowanego, mimo że same rodzące chciałyby uwzględnić w trakcie porodu przynajmniej część elementów porodu naturalnego.

## POTRZEBY RODZĄCYCH

Na początku 2015 roku Fundacja Rodzić po Ludzku wydała *Raport. Opinie i potrzeby kobiet rodzących w szpitalach ginekologiczno-położniczych. Analiza treści zamieszczanych na portalu [www.GdzieRodzic.info](http://www.GdzieRodzic.info)*. Wśród najważniejszych wymienionych w raporcie potrzeb rodzących znalazły się:

1. indywidualne podejście;
2. spojrzenie „jak na człowieka”, z szacunkiem;
3. zapewnienie bezpieczeństwa dziecku i kobiecie rodzącej;

---

<sup>88</sup> S. Szwed, *Obróciłam żuczka*, [w:] idem, *Mundra*, op. cit., s. 128–165.

<sup>89</sup> Ibidem, s. 149.

<sup>90</sup> Ibidem, s. 151.

4. zapewnienie intymności;
5. możliwość rodzenia z mężem, partnerem;
6. zapewnienie swobody ruchów, pozycji, niekrępowanie nóg pasami, strzemionami, klamrami;
7. nierobienie niczego na siłę, przemocą;
8. otwarcie na dialog, wymianę oczekiwań i wiedzy;
9. pomoc – zarówno podczas porodu, jak i w opiece nad dzieckiem po porodzie.

Podsumowując tę listę, można powiedzieć, że podmiotowe traktowanie, spojrzenie „jak na człowieka”, a nie jak na maszynę rodzącą, oraz uwzględnienie indywidualnych oczekiwań rodzącej (w tym możliwość zrealizowania planu porodu) były w 2015 roku potrzebami niezaspokajanymi podczas każdego porodu.

## **KULTUROWA PACYFIKACJA**

Rozpatrując poród jako wydarzenie wytwarzane kulturowo, należy stwierdzić, że jest ono zorganizowane zasadniczo na dwa sposoby: w modelu porodu naturalnego oraz porodu zmedykalizowanego, określanego również jako poród technokratyczny. Podejścia te rozciągają się na doświadczenia okołoporodowe, a więc te związane z czasem ciąży i położu. Żaden z tych modeli nie uwzględnia jednak w pełni osobistego kobiecego doświadczenia okołoporodowego. Żaden z nich nie daje też wyczerpującej odpowiedzi na pytanie, jak rodzą kobiety, a więc odpowiedzi na jedno z kluczowych pytań ruchu na rzecz kobiet. Pytanie to wciąż pozostaje aktualne, ponieważ dostępne modele zorganizowania doświadczenia okołoporodowego nie uwzględniają jego trudnych, kryzysowych aspektów, takich jak utrata kontroli nad swoim ciałem, konieczność zmierzenia się z jego nowymi, czasami ekstremalnymi kształtami, strach przed radykalną zmianą ciała na skutek ciąży i porodu, oznaczenie ciała bliznami, doświadczenie podwójności czy doświadczenie bólu do granic wytrzymałości i wiele innych.

Model zmedykalizowany z założenia ujednolica doświadczenie, koncentrując uwagę wszystkich osób zaangażowanych w proces na sprawnym zarządzaniu ciałem rodzącej (włączając w to nią samą) tak, by w przepisowym czasie doszło, jak to zostało określone, do „wyłonie-

nia dziecka z ciała położnicy”. W takim ujęciu nie ma nawet odrobiny miejsca na indywidualne podejście do rodzącej kobiety. Najważniejsze są procedury i skrupulatne ich wypełnianie. Z kolei w modelu porodu naturalnego, choć jakość doświadczenia położnicy jest ważnym aspektem, również nie ma miejsca na doświadczenia odbiegające od wyznaczonego modelu. Koncepcja porodu naturalnego opiera się na postulacie powrotu do tego, co w ciele naturalne (a utracone w wyniku cywilizacyjnych przemian), czy też – w wersji bardziej ortodoksyjnej – na postulacie odrzucenia tego, co kulturowe, odszukania w sobie zwierzęcia, samicy, i odwołania się do instynktownych zachowań. Biorąc pod uwagę, że człowiek od urodzenia podlega procesowi socjalizacji również w aspekcie kontrolowania swojego ciała, w tym między innymi kontrolowania zachowań kierowanych starszymi pokładami mózgu, to jeden z przytoczonych wcześniej warunków udanego porodu naturalnego sam może potencjalnie stanowić źródło kryzysu.

Bardzo trudno, jeśli w ogóle jest to możliwe, w obliczu niecodziennego, często granicznego doświadczenia zawiesić proces socjalizacji i odrzucić na kilka godzin cały bagaż kulturowy. W koncepcji porodu naturalnego jest to jednak „całkowicie naturalne”, ale pod warunkiem, że odpowiednio wytrenuje się swoje ciało oraz nauczy techniki porodu. W paradygmacie tym nie ma miejsca na komplikacje, wystarczy bowiem „wyłączyć” myślenie (nawet należy to zrobić) i poddać się rytmowi ciała, poddać się przejmującemu doświadczeniu bólu, a poród przebiegnie sprawnie, bez zakłóceń. Sheila Kitzinger wręcz idealizuje poród, opisując go jako doświadczenie, przez które można przejść, kołysząc się jak gałąź albo lekko jak bańka mydlana na szczycie fali, i tym samym zakrywa jego cały kryzysowy aspekt. W szerszej perspektywie naturalizuje poród naturalny. Kryzys somatyczny nie mieści się w koncepcji naturalności porodu naturalnego, dlatego nie ma na niego miejsca w opisie, jaki przedstawia Kitzinger. W tym rozumieniu poród naturalny jest czymś naturalnym, a wszystko, co go zakłóca, jest nienaturalne. Jednak tak skonceptualizowany poród rozmija się z wieloma aspektami doświadczenia okołoporodowego. Co więcej, można zaryzykować stwierdzenie, że podejście naturalne jest rewersem podejścia zmedykalizowanego, oba bowiem w swoich wizjach porodu czy też ciąży pomijają kwestie ogromnych ciśnień – cielesnych i emocjonalnych – jakie oddziałują na kobietę przede wszystkim w trakcie porodu, ale również ciąży i położu.

Oba te podejścia – naturalne i zmedykalizowane – nie zauważają w ogóle lub zauważają tylko w niewielkim stopniu (podejście Kitzinger) doświadczenia graniczne, związane między innymi z utratą kontroli nad własnym ciałem, podwójnością, dziwnością, traumą. Nie radzą sobie z takimi doświadczeniami, które określam mianem kryzysu somatycznego. Oba te podejścia to przykłady kulturowej pacyfikacji ciężowego czy porodowego doświadczenia dziwności i inności. A jeśli zgodzimy się, że mechanizmy kultury zakrywają kryzysowe doświadczenie cieleśne kobiet i że ciało ma znaczenie dla jednostkowej tożsamości, wówczas nie możemy pominąć kryzysu somatycznego stanowiącego często element doświadczenia okołoporodowego kobiet. Tym większą dostrzegam potrzebę opisanie kryzysowych aspektów okołoporodowego doświadczenia i odsłonięcia w ten sposób zakrytej historii kobiet.

## CIAŁO SPOŁĘCZNIE UFORMOWANE

Jak dzisiejszy sposób zorganizowania porodu został ukształtowany przez różne czynniki, tak postrzeganie ciała ulegało zmianom na przestrzeni wieków. W naszej kulturze wpłynęły na to religia, polityka, medycyna, filozofia, nauki społeczne, ruch feministyczny, sport, postęp technologiczny i zapewne wiele jeszcze innych czynników, których tu ani nie wymienię, ani nie przeanalizuję. Przyjrzę się wybranym perspektywom z obszaru filozofii i socjologii i na ich podstawie spróbuję pokazać, jak zostało ukształtowane współczesne podejście do ciała.

## CYWILIZOWANIE CIAŁA

Pytanie o to, jak doszło do wykształcenia ciała cywilizowanego, zadał sobie w latach 80. XX wieku niemiecki filozof i socjolog Norbert Elias. „Proces cywilizowania ciała przebiegał przez kilka etapów. Począwszy od socjalizowania ciała, polegającego na umieszczeniu jego i jego funkcji w przestrzeni społecznej, poprzez racjonalizację, aż do obecnego etapu, jakim jest jego indywidualizacja”<sup>91</sup>. Opisane przez Eliasa zmiany polegały na społecznej regulacji popędów oraz kontroli emocjonalności. Jego zdaniem na pierwszy etap tego procesu złożyły się próby skodyfikowania norm zarządzania ciałem, które to wcześniej podlegało głównie naturalnemu rytmowi i biologicznym potrzebom.

Kolejnym krokiem na drodze cywilizowania ciała było umieszczenie w nim znaczeń społecznych, czyli wyznaczenie zachowań akceptowanych i zakazanych. Na te znaczenia dodatkowo nakładały się kody związane z miejscem zajmowanym w strukturze społecznej, w pierwszej kolejności na renesansowym dworze, którego powstanie zapoczątkowało proces cywilizowania ciała. Odpowiednimi regulacjami społecznymi obejmowane były kolejne sfery aktywności, począwszy od przemocy i agresji, szczególnie w obecności króla, poprzez cały wachlarz gestów i zachowań adekwatnych dla dworskiej etykiety, aż po wydalanie,

---

<sup>91</sup> A. Buczkowski, *Społeczne tworzenie ciała*, op. cit., s. 62.

uprawianie seksu czy spanie. Zdaniem Eliasa wcześniej nie istniały specjalnie wydzielone do tego przestrzenie, a czynnościom tym oddawano się względnie spontanicznie, w obecności innych ludzi.

Dalszym etapem było racjonalizowanie, czyli świadome zarządzanie ciałem w określonych sytuacjach, a w konsekwencji wybranymi jego częściami. Wraz z przyswajaniem określonych kodów pogłębiała się identyfikacja z własną grupą społeczną. Według Eliasa o sile wewnątrzgrupowych norm świadczył wstyd, którego pojawienie się mocno ugruntowało cały opisywany proces. „Poczucie wstydu, w rozumieniu Eliasa, jest specyficznym wzruszeniem, które reprodukuje się w jednostce automatycznie. Generalnie jest to lęk przed degradacją społeczną oraz gestami wyrażającymi przewagę innych. Poczucie wstydu jest też uczuciem działającym wewnątrz określonej grupy. Wstydzić się można tylko przed »swoimi«. Wstyd jest mechanizmem, za pomocą którego grupa lub klasa społeczna wywierała nacisk na jednostki będące jej członkami. Dzięki niemu była również utrzymywana odrębność grupowa. To zaś kolejny raz zmuszało człowieka do spojrzenia na siebie oczami innych i zinternalizowania ich spojrzenia. Powstanie »znaczących innych« wiąże się historycznie właśnie z powstaniem tego uczucia. Poczucie wstydu jest więc ważnym przejawem procesu cywilizowania ciała”<sup>92</sup>.

Wszystkie te przemiany wraz z wytworzeniem scentralizowanych organów władzy, dysponujących instytucjami przemocy i uprawnionych do stosowania przymusu, doprowadziły do ukształtowania się w jednostkach wewnętrznego aparatu kontrolującego. Ludzie zaczęli odczuwać strach przed przekroczeniem ustalonych norm oraz wstyd w sytuacjach, kiedy już do tego doprowadzili, a także zakłopotanie, gdy stawali się świadkami czyjegoś zachowania niezgodnego z obowiązującym kanonem. Zarówno wstyd, jak i zakłopotanie były efektem tego samego uwewnętrznionego mechanizmu kontrolującego.

W pierwszym etapie cywilizowania ciała szczególnie istotne były zmiany zachodzące na trzech poziomach: wyglądu, fizjologii (szczególnie w kontekście czystości/brudu i zapachu) oraz na poziomie zmian znaczeń związanych z określonymi fragmentami ciała (szczególnie chodzi o znaczenia powiązane z kobiecymi piersiami). Przemiany te są pod-

---

<sup>92</sup> Ibidem, s. 69.

stawą współczesnego stosunku do cielesności<sup>93</sup>. W Europie znaczenie zapachu dla społecznego funkcjonowania człowieka zaczęło się rozwijać dopiero od XVIII wieku. „Nastąpiło dość gwałtowne obniżenie progów tolerancji na zapachy nieprzyjemne. Wiąże się to z postępującym procesem cywilizowania ciała, a więc etapami jego socjalizowania i racjonalizowania. Szczególnie w fazie racjonalizowania wzrasta wrażliwość ludzi na wszystko, co jest związane z ciałem, ponieważ staje się ono istotnym obiektem oglądu naukowego i rozwiniętego dyskursu moralnego”<sup>94</sup>. Wraz ze wzrostem znaczenia zapachu i konieczności kontrolowania ciała, czego elementem było między innymi eliminowanie jego naturalnych zapachów, rozwijano koncepcję higieny osobistej, a szczególną wagę przykładano do kąpieli i dbałości o czystość.

## KULTUROWE ZNACZENIE PIERSI

Przejawem cywilizowania ciała była także zmiana znaczeń nakładanych na wybrane jego części. Chciałabym tu szerzej przytoczyć wątek rozważań poświęconych piersiom, jako że sama podjęłam w badaniach temat współczesnych znaczeń, jakimi są one obłożone.

„Piersi są tym elementem kobiecego ciała, którego znaczenie w czasach nowożytnych zmieniało się najczęściej i które najbardziej zajmowało uwagę artystów, moralistów i naukowców”<sup>95</sup>. W kręgu kultury europejskiej w dobie wczesnego średniowiecza odsłoniętą pierś kojarzono z piekłem, a zatem, chcąc przedstawić kobietę nienagannych obyczajów, malowano ją bez biustu bądź osłoniętą. „Sztuka wczesnośredniowieczna traktowała fakt nieobecności piersi jako widoczny znak świętości i czystości”<sup>96</sup>. Jednocześnie istniało wówczas inne skojarzenie: piersi karmiącej i macierzyńskiej odpowiedzialności za dziecko. Skojarzenie to jednak nie pasowało do konceptu miłości dworskiej, wraz z którym zaczął się kształtować ideał piersi małych, białych i kształtnych, w żadnym razie niepełniących funkcji laktacyjnych. W dobie przełomu średniowiecza

---

<sup>93</sup> Ibidem, s. 76.

<sup>94</sup> Ibidem, s. 77.

<sup>95</sup> Ibidem, s. 99.

<sup>96</sup> Ibidem, s. 100.

i renesansu znaczenia związane z piersiami jeszcze bardziej odsunęły się od skojarzeń z macierzyńskością i przeszły w kierunku fetyszyzacji, lokując je bliżej pola seksualnego. W końcu nagie piersi zaczęły być kojarzone z prostytutką. Ambiwalencja tej części kobiecego ciała pogłębiała się, ponieważ z jednej strony hołdowano pięknym, kształtnym piersiom wśród kobiet z wyższych sfer – w tym celu niemowlęta oddawane były do karmienia mamkom – a z drugiej wysoko wartościowano piersi narbrzmiące, będące synonimem płodności, u kobiet z niższych sfer, które często dorabiały dokarmianiem obcych dzieci.

W XVI i XVII wieku powrócono do ideału matki samodzielnie karmiącej swoje potomstwo. Na przykład w Niderlandach miało to związek z umacnianiem się wartości mieszczańskich, które nakładały na matki obowiązek karmienia dzieci zgodnie z, jak to przedstawiano, prawami natury. Z czasem o karmieniu piersią zaczęto myśleć właśnie w ten sposób. Podkreślanie funkcji macierzyńskich piersi zmieniło wyobrażenie o ich atrakcyjności: teraz wzorem stał się duży biust. Mimo to arystokratki wciąż oddawały swoje dzieci do wykarmienia obcym kobietom, a z czasem zwyczaj ten zaczął schodzić do coraz niższych klas. Takie podejście było jednak mocno krytykowane, między innymi poprzez wskazywanie, że czynność karmienia piersią jest zgodna z prawami natury. Jan Jakub Rousseau, francuski myśliciel, uważał, że tak jak atrybutem męskości jest umysł, tak atrybutem kobiecym są piersi służące do karmienia<sup>97</sup>.

Współcześnie funkcjonują obok siebie dwa ciągi znaczeń nakładane na biust. Z jednej strony podkreśla się przekaz erotyczny. Z drugiej strony w dyskursie publicznym obecna jest narracja uwypuklająca funkcje macierzyńskie i dobroczynny wpływ karmienia piersią na dziecko i matkę.

## RÓŻNICA PŁCIOWA

Socjalizowanie ciała oznaczało poddawanie go coraz większej kontroli, począwszy od działań różnych instytucji zewnętrznych, skończywszy na autokontroli. Ciało oplatane było gęstniejącą siatką znaczeń społecznych, a kolejny etap tego procesu stanowiło przeformułowanie modelu ciała z jednopłciowego na dwupłciowe. Jak opisuje to Thomas Laqueur,

---

<sup>97</sup> Ibidem, s. 105.



amerykański historyk, w książce *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*<sup>98</sup>, dwupłciowy model ciała w kulturze europejskiej nie był rozpoznawany aż do drugiej połowy XVII wieku, kiedy to anatomowie zaczęli postrzegać macicę jako organ o specyficznych funkcjach. Do tego czasu ciało kobiece traktowane było jako gorszy model ciała męskiego, odwrócony do wewnątrz. Zgodnie z ówczesną wiedzą kobieta posiadała te same genitalia co mężczyzna, ale umieszczone wewnątrz. Na przykład jajniki uchodziły za kobiece jądra, a macica za wewnętrzny penis. Wraz z odkrywaniem przez anatomów znaczenia macicy coraz bardziej zaczęto kojarzyć kobietę z reprodukcyjnymi funkcjami tego organu. Z czasem macica uznana została za esencję kobiecości, a w połowie XIX wieku takim atrybutem stały się jajniki.

Nakładanie na ciało znaczeń związanych z płcią, czyli wytwarzanie różnicy płciowej, odbywało się stopniowo, wraz z pogłębianiem wiedzy o anatomii i funkcjonowaniu organów. Uwidaczniało się to w rysunkach anatomicznych, wskazujących na wyraźną różnicę między kobietą a mężczyzną. „W ilustracjach najbardziej objawiała się dominująca ideologia, zwracająca szczególną uwagę na wybrane elementy ciała, ukazując je na rycinach w sposób wykluczający podważenie założonej tezy o różnicy pomiędzy kobietą i mężczyzną”<sup>99</sup>. Jednakże według Laqueura powstanie dwupłciowego modelu ciała nie było bezpośrednio związane z pogłębianiem się wiedzy na jego temat, ale stanowiło raczej efekt walki o władzę nad sferą publiczną<sup>100</sup>. Odmienne funkcje ciał męskich i kobiecych powiązano z odrębnymi rolami odgrywanymi rozdzielnie w sferze publicznej i prywatnej. Idąc dalej, sprawy związane z ciałem przypisane zostały do sfery prywatnej i skojarzone z kobietami.

Kolejną wytworzoną w procesie uspołeczniania ciała dychotomią, której nadano cechy płciowe, była ta związana z kulturą i naturą. Silniejsze powiązanie kobiet z naturą wyrażono między innymi w opisach medycznych, wskazując na cykle reprodukcyjne, które należało poddać kontroli (z racji wagi, jaką przykładano do kategorii populacji). Wyrazem tego była nowa dziedzina medycyny – ginekologia. Za jej sprawą kobiety zaczęto jeszcze silniej kojarzyć z ciałem i płciowością. Trzeba

---

<sup>98</sup> T. Laquer, *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, Cambridge–London 1990.

<sup>99</sup> A. Buczkowski, *Społeczne tworzenie ciała*, op. cit., s. 126.

<sup>100</sup> *Ibidem*, s. 135.

bowiem zaznaczyć, że analogiczne zainteresowanie medycyny diagnostyką i leczeniem męskiego układu płciowego pojawiło się dopiero w drugiej połowie XX wieku.

Poddana oglądowi medycznemu kobieca cielesność wpadła w tryby nieustannego diagnozowania zdrowia bądź choroby, a także dewiacji. „Kobieta, usytuowana jako obiekt ciągłego zainteresowania medycznego, stała się jednostką permanentnie chorą, ustawicznie postrzeganą poprzez kategorie medycznej aparatury pojęciowej, które bynajmniej nie były neutralne aksjologicznie. Choroba stała się tutaj metaforą negatywnej oceny”<sup>101</sup>. W konsekwencji proces medykalizacji pozbawił jednostkę nie tylko władzy nad jej ciałem, lecz także dostępu do niego, cała wiedza o cielesności przeszła bowiem w ręce specjalistów<sup>102</sup>. Jedną z form medykalizacji było wspomniane już wcześniej przeniesienie porodów ze sfery prywatnej do szpitali oraz objęcie nad nimi kontroli przez lekarzy, którzy wyparli dawne akuszerki, specjalistki od opieki nad rodzącą i położnicą. Położnictwo i ginekologia stały się sprofesjonalizowanymi dziedzinami medycyny zarządzanymi przez ekspertów. Wiedza między innymi o doświadczeniu ciąży, porodu i połogu posiadana wcześniej przez wybrane w społeczności jednostki, takie jak osoby zajmujące się ziołolecznictwem, cyrulicy czy wspomniane już akuszerki, przeszła w ręce środowiska lekarskiego, co w konsekwencji doprowadziło do wytworzenia autorytetu medycznego.

## INDYWIDUALIZACJA CIAŁA

Ostatnim etapem cywilizowania ciała była jego indywidualizacja, o której możemy mówić wraz z rozwojem nowoczesności. Koncepcję tę, na podstawie rozważań Eliasa, sformułował Chris Shilling, brytyjski socjolog, który indywidualizację rozumie jako włączenie odczuć ciała w przestrzeń doświadczeń znaczących dla jednostki<sup>103</sup> i uczynienie z ciała indywidu-

---

<sup>101</sup> Ibidem, s. 145.

<sup>102</sup> W prywatnej rozmowie na temat opieki okołoporodowej w szpitalu studentka położnictwa spontanicznie wyraziła opinię o tym, że kobiety rodzącej nie ma co pytać o zabiegi czy czynności dokonywane podczas porodu, ponieważ pacjentka nie wie, co w jej przypadku jest stosowane. Wiedzą o tym tylko lekarz i położna. Wypowiedź ta nie została zarejestrowana i przywołuję ją jedynie z pamięci.

<sup>103</sup> A. Buczkowski, *Spółeczne tworzenie ciała*, op. cit., s. 185.

alnego, życiowego projektu. Chris Shilling uważa, że w wyniku upadku starych autorytetów oraz wielkich narracji<sup>104</sup>, które dawniej stanowiły fundamenty tożsamości, dziś tożsamość wspierać się może jedynie na fundamencie ciała<sup>105</sup>. Ciało jest według niego „coraz bardziej istotne dla poczucia tożsamości nowoczesnego człowieka”<sup>106</sup>. By móc właściwie przeanalizować status i znaczenie ciała, trzeba najpierw uznać je za byt materialny, za fizyczne i biologiczne zjawisko, nieredukowalne do bezpośrednich procesów społecznych i klasyfikacji<sup>107</sup>. Owszem, byty te są naznaczane i przekształcane przez społeczeństwo, ale w pierwszej kolejności zbudowane są z tkanek, mięśni i kości, a więc mają status materialny i konkretny w swojej fizyczności. Shilling wskazuje na to, że większość współczesnych analiz poświęconych ciału pomija aspekt „mięsnej fizyczności naszego ucieleśnionego bytu”<sup>108</sup>. Drugim ważnym i podkreślonym przez Shillinga aspektem ciała jest fakt przejawiania się w nim społeczeństwa<sup>109</sup>. Oznacza to, że ciało jest naznaczone społecznym wpływem za sprawą norm i instytucji oraz że ucieleśnione ludzkie istoty „dostarczają korporalnych podstaw utrwalania oraz zmiany relacji społecznych i tożsamości”<sup>110</sup>. Wpisywanie w ciało znaczeń społecznych było, zdaniem Eliasa, jednym z kroków na drodze jego cywilizowania.

---

<sup>104</sup> Wielkie narracje to według francuskiego filozofa Jeana-François Lyotarda systemy myślowe, które próbują całościowo wyjaśnić świat, projektują utopie, tłumią różnorodność ludzką w celu uprawomocnienia jakiejś idei. Za przykłady wielkich narracji podał chrześcijaństwo, marksizm, opowieść o bogaceniu się ludzkości dzięki stechnologizowanej kapitalistycznej nauce. Upadek wielkich narracji nastąpił wraz z przełomem postmodernistycznym w ostatniej ćwierci XX wieku i doprowadził do przejścia do małych narracji, czyli narracji stawiających w centrum jednostkę i perspektywę lokalną, które nie mają uniwersalizujących aspiracji.

<sup>105</sup> J. Lubiak, A. Skalska, *Ciało, tożsamość, sztuka*, [w:] *Wokół problemów tożsamości*, red. A. Jawłowska, Warszawa 2001, s. 222.

<sup>106</sup> C. Shilling, *Socjologia ciała*, przeł. M. Skowrońska, Warszawa 2010, s. 15.

<sup>107</sup> Ibidem, s. 25.

<sup>108</sup> Ibidem, s. 219.

<sup>109</sup> Shilling przywołuje w innej części książki koncepcję Mary Douglas wyrażoną w *Symbolach naturalnych*, gdzie uznaje ona ciało za najbardziej czytelny wizerunek systemu społecznego, oraz twierdzi, że wyobrażenia na temat ludzkiego ciała odzwierciedlają wyobrażenia na temat społeczeństwa (ibidem, s. 86).

<sup>110</sup> Ibidem, s. 252.

## SPOŁECZNE ZNACZENIA WPISANE W CIAŁO

**D**oświadczenie pokazuje, że dopóki nasze ciało jest dla nas „niezauważalne”, czyli nie daje odczuć swojej obecności na przykład w wyniku bólu mięśni spowodowanego wysiłkiem fizycznym czy też doznania rozkoszy seksualnej, dopóty nie zadajemy o nie pytań i się nad nim nie zastanawiamy. Bezwiednie posługujemy się ciałem, używamy go i jesteśmy (w) nim w sytuacji codziennego funkcjonowania. Ciało ujawnia się jednak w momencie doświadczenia zmiany względem zwyczajnego rytmu, który nagle zostaje w jakiś sposób zakłócony. Szczególnie w czasie choroby, gdy wykonanie podstawowych codziennych czynności kosztuje ogromną ilość energii, nie wspominając o sytuacjach ekstremalnych, takich jak tortury.

Zdaniem Paula Ricoeura poprzez ciało człowiek zyskuje możliwość działania w świecie, które stanowi najważniejszy wyróżnik bycia sobą. Indywidualne doświadczenie cielesne jest więc znaczące z uwagi na warunkowanie możliwości i sposobów działania w świecie. Działanie, które jest jednocześnie doświadczeniem, stanowi o tożsamości jednostki. W związku z tym możemy uznać, że takie akty działania, jak bycie w ciąży, rodzenie i bycie w połogu, są znaczące dla indywidualnych tożsamości. Wiele lat po powstaniu koncepcji Ricoeura amerykański filozof Richard Shusterman uznał cielesność za niezbywalną cechę ludzkiego życia, wskazując na potrzebę praktykowania ucieleśnionej formy świadomości. Stwierdził, że skoro jako istoty cielesne możemy działać tylko poprzez ciało, to zyskawszy pełniejszą o nim wiedzę, mamy szerszy zasięg jednostkowej woli działania.

Wspomniane wyżej, a omówione szerzej w dalszej części eseju koncepcje ujmują to, co cielesne, jako ważną składową ludzkiego doświadczenia, w tym jako coś określającego jednostkową tożsamość. Takie podejście do wartościowuje ciało, wyznaczając tym samym kierunek przeciwny do obecnego przez długi czas w kulturze europejskiej dualizmu, który ciało deprecjonował i uprzedmiotowił. Choć za twórcę dualizmu uchodzi Kartezjusz, to wyrazicielami podobnej koncepcji byli także jego poprzednicy. Dla Platona materia, a więc i ciało, stanowiły niedoskonałą wersję idei. Platon widział w ciele źródło pragnień, które mogą zagrozić duszy i rozumowi, a w konsekwencji sprawowaniu przez nie kontroli nad ciałem. Radził więc odseparowanie świata duchowego i cielesnego, choć jednocześnie miłość ciała uznał

za etap niezbędny do osiągnięcia wiecznej formy piękna. Koncepcję ciała zagrażającego duszy wzmocniły następnie tradycje neoplatońska i chrześcijańska. Koncepcja Kartezjusza na wieki ugruntowała zaś rozdział umysłu i ciała, a wraz z tym mechanistyczne podejście do materii.

Zgodnie z kartezjańską koncepcją istnieją tylko dwie substancje: *res cogitans* – substancja myśląca, czyli dusza, której przymiotem jest świadomość czy też myślenie, oraz *res extensa* – substancja rozciągła, czyli ciało posiadające tylko właściwości geometryczne i podlegające jedynie zmianom mechanicznym. Swą mechanistyczną koncepcję stosował Kartezjusz w odniesieniu do całego świata przyrodniczego, między innymi postrzegał zwierzęta jako maszyny, a więc byty pozbawione świadomości. Podobnie ludzkie ciało jest maszyną, ale w przeciwieństwie do innych substancji rozciąglonych – maszyną świadomą albo stanowiącą pomieszczenie dla świadomości. Ciało to mechanizm umożliwiający funkcjonowanie w świecie, a nadrzędny względem niego umysł stanowi miarę poznania.

## PROBLEMATYCZNA MATERIALNOŚĆ CIAŁA

Zdaniem filozofki Susan Bordo, która w opublikowanej w 1987 roku pracy *The Flight to Objectivity*<sup>111</sup> na nowo przeanalizowała koncepcję kartezjańskiego dualizmu, choć rozdział ciała i umysłu był obecny w europejskiej myśli od starożytności, to dopiero u Kartezjusza został zdefiniowany w kontekście wzajemnego wykluczenia<sup>112</sup>. Bordo interpretuje tę separację jako próbę oddzielenia się obiektywnego podmiotu od tego, co macierzyńskie, związane z naturą i ciałem<sup>113</sup>, odwołując się tym samym do obecnego w myśli europejskiej utożsamienia natury – ciała – kobiety. Jednocześnie Bordo wskazuje na to, że w zachodniej kulturze kobiety nadal „odgrywają rolę” ciała<sup>114</sup> i że postrzegane są jako te

---

<sup>111</sup> Fragment pracy w polskim tłumaczeniu został opublikowany w Bibliotece Online Think Thanku Feministycznego na stronie: <http://docplayer.pl/6944834-Ucieczka-ku-obiektywnosci-fragmenty.html> (dostęp: 13.11.2023).

<sup>112</sup> S. Bordo, „*Ucieczka ku obiektywności*” – fragmenty, przeł. A. Czarnacka, <http://docplayer.pl/6944834-Ucieczka-ku-obiektywnosci-fragmenty.html>, s. 14.

<sup>113</sup> Ibidem, s. 17.

<sup>114</sup> Za: E. Hyży, *Kobieta, ciało, tożsamość. Teorie podmiotu w filozofii feministycznej końca XX wieku*, Kraków 2003, s. 200.

bardziej cielesne czy bardziej materialne niż mężczyźni, którzy zostali obsadzeni w roli ducha – umysłu. Uważa ona, że ugruntowany przez Kartezjusza dualizm jest wciąż aktualny.

Wraz ze zmianą w podejściu do natury, którą zaczęto postrzegać jako mechanizm podległy kontroli, inne stało się nastawienie filozofów zarówno wobec cielesności, jak i kobiet. W nowym paradygmacie nieprzewidywalna kobieta – ciało – natura powinna zostać poddana władzy rozumnego mężczyzny, zdolnego uporządkować świat dzięki własnemu umysłowi<sup>115</sup>. To mechanistyczne podejście do natury wzmocnił Kartezjusz, definiując ciało jako mechanizm wymagający sterowania i kontroli. W konsekwencji nastąpiła „alienacja od naturalnego świata, strach i nawet obrzydzenie w zetknięciu z takimi aspektami życia, jak rodzenie (ciała), umieranie (ciała) i trywializacja innych, czyli kobiecych źródeł wiedzy”<sup>116</sup>.

Bordo zauważa, że współczesna kultura, którą charakteryzuje między innymi zdolność do przeprowadzania dość skomplikowanych zabiegów na ciele, w tym transplantacji organów czy zaawansowanych operacji plastycznych, realizuje w praktyce siedemnastowieczne wyobrażenie o ciele jako maszynie<sup>117</sup>. Ta idea doprowadziła w zachodniej nauce i technologii do powstania wyobrażenia o wolności od cielesnych ograniczeń. „Stopniowo i pewnie technologia, której pierwszym celem była wymiana źle funkcjonujących części, wytworzyła przemysł i technologię napędzane przez fantazję przearanżowania, transformacji i korekty, ideologię nieograniczonych zmian i ulepszeń sprzeciwiających się historyczności, śmiertelności i w efekcie materialności ciała. W miejscu materialności mamy kulturowy plastik”<sup>118</sup>, za którym skrywa się jednak strach przed ciałem i obrzydzenie do wybranych cielesnych doświadczeń.

Pomimo przeświadczenia o możliwości dowolnego uformowania swojego plastycznego ciała (na siłowni, w efekcie zastosowania chirurgii plastycznej, odpowiedniej diety itd.) posiada ono własną niezbywalną materię, a więc jest konkretne i osadzone w codziennym, namacalnym

---

<sup>115</sup> S. Bordo, *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*, Berkeley 1993, s. 7. Bordo wskazuje tutaj na ugenderowanie dualizmu aktywnego (męskiego) ducha i pasywnego (kobiecego) ciała.

<sup>116</sup> E. Hyży, *Kobieta, ciało...*, op. cit., s. 193.

<sup>117</sup> S. Bordo, „*Material Girl*”: *The Effacements of Postmodern Culture*, [w:] *Body and Flesh: A Philosophical Reader*, red. D. Welton, Malden 1998, s. 45.

<sup>118</sup> Ibidem.

doświadczeniu każdego i każdej z nas. Doświadczeniu kształtowanym przez określone praktyki – społeczne, polityczne i kulturowe. Dopiero dogłębna analiza tych praktyk pozwala dotrzeć do rzeczywistego – stanowiącego przeciwieństwo plastikowego – doświadczenia osadzonego w ciele. Sama Bordo kieruje swoje zainteresowania ku chorobom, które w przeważającej mierze dotyczą kobiet: anoreksji i bulimii. Jedną z konsekwencji poddawania plastikowego ciała różnym treningom, by upodobnić je do aktualnych, szeroko rozumianych wzorców piękna, jest szczególne, objawiające się wspomnianymi chorobami, zanegowanie ciała. Według filozofki wśród przyczyn anoreksji można wymienić potrzebę uwolnienia się od nadmiaru własnego ciała, a tym samym od kobiecości i tego, co jest z nią kojarzone<sup>119</sup>. Nie bez znaczenia pozostaje także pragnienie uzyskania poczucia (samo) kontroli, a więc zyskania kompetencji kojarzonej z męskością. „W konsekwencji chcą [anorektyczki – DD] uciec od wszelkich cielesnych pragnień, aby na tej drodze uniknąć skutków związanych z posiadaniem ciała, swej »kobiecości« i z podążaniem za związanymi z tym kulturowymi wymaganiami i ograniczeniami”<sup>120</sup>. Autorka wskazuje na konieczność ujawnienia tych mechanizmów w kulturze, które pomimo swej opresyjności uznawane są za wyzwalające lub życiodajne. Za przykład takich praktyk podaje używanie herbatek czy innych środków przeczyszczających, stanowiących formę odchudzania się, oraz permanentne stosowanie różnorodnych diet jako środka utrzymania linii i zdrowia, co w efekcie często prowadzi do zaburzenia równowagi organizmu. Innym przykładem jest tanoreksja – nadmierne korzystanie z usług solarium w kontekście kojarzenia opalenizny z beztróskim, zdrowym stylem życia.

## DOWARTOŚCIOWANIE CIAŁA

Koncepcja Susan Bordo to jeden z przykładów feministycznej filozofii korporalnej<sup>121</sup>, w obrębie której rozwinęła się teoria ciała jako podstawy

---

<sup>119</sup> E. Hyży, *Kobieta, ciało, tożsamość*, op. cit., s. 203.

<sup>120</sup> Ibidem, s. 204.

<sup>121</sup> Ibidem, s. 7. Hyży stosuje przymiotnik „korporalny” jako polski odpowiednik angielskiego słowa *corporeal*, tj. związany z ciałem, z materialną cielesnością, którego to związku polskie tłumaczenie nie oddaje jednak w pełni.

ludzkiej – a zwłaszcza kobiecej – podmiotowej tożsamości<sup>122</sup>. Nazwa „feminizm korporalny” stała się popularna po tym, jak w połowie lat 90. Elizabeth Grosz, australijska filozofka, opublikowała książkę *Volatile Bodies: Toward a Corporeal Feminism*<sup>123</sup>.

Dla Grosz, podobnie jak dla Bordo, ważnym punktem odniesienia jest kartezjański dualizm, a więc rozróżnienie dwóch nieprzystających do siebie porządków, a co za tym idzie, uprzywilejowanie umysłu względem ciała i w konsekwencji niechęć czy lęk wobec ciała. Autorka proponuje odwrócenie ustalonego porządku, czyli zniesienie centralności umysłu na rzecz dowartościowania ciała, które ma tę samą moc wyjaśniającą co umysł. „Ciało, zdaniem Grosz, rozpatrywano dotąd w naukach biologicznych jako przedkulturowe, bierne, poddające się manipulacji. Ona sama stara się pokazać, że ciało nie można ujmować jako ahistoryczne, »naturalne« przedmioty. Są one nie tylko *wyrzeźbione* przez społeczne siły, zewnętrzne w stosunku do nich, ale i *ukonstituowane* społecznie. Nie zgadza się ze stwierdzeniem, że ciało bywa po prostu tylko rozmaicie przedstawiane w różnych czasach i kulturach; utrzymuje, że jest ono w różny sposób faktycznie wytwarzane przez te przedstawienia. Nie zgadza się też z esencjalistyczną tezą, że istnieje jakieś »rzeczywiste« materialne ciało z jednej strony i jego kulturalne i historyczne reprezentacje z drugiej. Uważa, że to te przedstawienia całkiem dosłownie konstytuują ciało”<sup>124</sup>. Mówi o napowierzchniowych psychicznych i społecznych inskrypcjach, które nadają ciału – będącemu konkretnym, materialnym tworem złożonym z tkanek, organów i struktur kostnych – jedność, spójność i formę. Podejmuje także temat społecznego treningu, któremu ciało jest poddawane. Wskazuje na konieczność prowadzenia badań z nowej perspektywy, opartej na specyfice doświadczenia kobiet (a nie tylko mężczyzn), co pozwoli dostrzec ich wkład w kulturę.

Filozoficzną podstawę dla własnej teorii Grosz znajduje w spinozjańskiej koncepcji substancji, której natura wyraża się w nieskończonej liczbie atrybutów: mentalnych i korporalnych. U Barucha Spinozy, niemieckiego filozofa, umysł i ciało wzajemnie się w sobie wyrażają, nie stanowią dla siebie dualistycznego zaprzeczenia. Ponadto ciało nie

---

<sup>122</sup> Ibidem, s. 9.

<sup>123</sup> E. Grosz, *Volatile Bodies: Toward a Corporeal Feminism*, Bloomington 1994.

<sup>124</sup> E. Hyży, *Kobieta, ciało, tożsamość*, op. cit., s. 91.



jest utrwalonym stanem bytu, tylko serią procesów stawania się, a przy tym jest twórcze i aktywne. Model ten filozofka postrzega jako inspirujący dla feministycznych teorii podmiotu. Dla mnie szczególnie cenne jest zwrócenie się Grosz w stronę specyfiki kobiecego doświadczenia, co sama zastosowałam we własnych badaniach.

Pokrótkie omówione tutaj powyższe dwie koncepcje wchodzące w nurt feministycznych teorii ciała jako podstawy ludzkiej, w tym szczególnie kobiecej tożsamości podmiotowej, stanowią dla mnie ważne odniesienie. Teoria Susan Bordo o niezbywalnej materialności ciała wskazuje na te konkretne i osadzone w codzienności doświadczenia, których przykłady przebadalam, prowadząc wywiady pogłębione oraz analizując źródła zastane, prezentujące okołoporodowe doświadczenie. W tym ujęciu znaczące jest również wskazanie na wciąż obecne w naszej kulturze kartezjańskie podejście do ciała, czyli traktowanie go jak maszyny mającej spełnić określone zadania. Niczym bytu nieposiadającego swojej specyficznej materialności, ale będącego czymś na wzór plastiku. Stanowiącego coś, co wymaga kontroli i jednocześnie może być poddane procesowi udoskonalenia (na skutek zabiegów upiększających, treningów sportowych, operacji plastycznych czy też operacji przeszczepu zdrowego organu w miejsce chorego/wadliwego). Model ten jest mocno ugruntowany w szpitalnej praktyce organizacji okołoporodowych wydarzeń oraz w codziennych praktykach kobiet, co postaram się wykazać w części prezentującej wyniki badań.

Obydwie koncepcje dowartościowują doświadczenie kobiece, przeciwstawiając się ugruntowanemu w zachodnioeuropejskiej kulturze przeświadczeniu o normotwórczej roli doświadczenia męskiego. Teorie Bordo i Grosz są istotne dla dalszego wywodu także z uwagi na postulat powrotu do postrzegania ciała jako znaczącej przestrzeni doświadczeń, ciała będącego konkretną materialnością i trwałym fundamentem podmiotowości. Nie mniej ważne dla całego wywodu jest podzielane przez obydwie badaczki przeświadczenie o tym, że społeczne, ekonomiczne, polityczne i inne tego typu praktyki sprawiają, że na ciałach odciskają się określone normy. Praktyki te bowiem kształtują codzienne doświadczenie, warunkując nasze wybory i decyzje. Społeczny trening, jakiemu poddawane są nasze ciała, dotyczy wszystkich poziomów doświadczenia, również tego intymnego, związanego z seksualnością czy fizjologią.

## UCIELEŚNIONE STRUKTURY SPOŁECZNE

Na społeczne uwarunkowanie ciała wskazał również socjolog Pierre Bourdieu, dla którego ciało jest istotnym nośnikiem symbolicznych znaczeń mającym w sobie oraz na sobie mocne ślady uspołecznienia. Badacz zauważa relację pomiędzy tym, jak dana jednostka zarządza swoim ciałem, a jej społecznym położeniem i statusem. „Jako ciało i biologiczna jednostka znajduję się podobnie jak rzeczy w pewnym położeniu i zajmuję jakieś miejsce w przestrzeni materialnej i w przestrzeni społecznej”<sup>125</sup>. Jednocześnie, jak pisze Bourdieu, pewne schematy percypowania rzeczywistości społecznej kształtują się według sposobów porządkowania rzeczywistości fizycznej: coś jest wyżej bądź niżej wartościowane, znajduje się na górze lub na dole hierarchii itd.<sup>126</sup> Zajmowanie danego miejsca w przestrzeni społecznej daje określone zyski materialne i symboliczne. W relacji z określonym miejscem pozostaje również ciało i to ono daje nam możliwość praktycznego pojmowania świata, różnego od poznania rozumowego. „Inaczej mówiąc, to, że aktor bezpośrednio rozumie znajomy świat, wynika z tego, że stosowane przez niego struktury poznawcze są wytworem wcielenia struktur świata, w którym działa; narzędzia używane do poznania świata są tego świata produktem”<sup>127</sup>. Bourdieu ma tu na myśli habitus, czyli pewnego rodzaju dyspozycje, pierwotne formy klasyfikowania funkcjonujące poza jednostkową czy zbiorową świadomością i pozostające przez to poza kontrolą i weryfikacją<sup>128</sup>.

Schematy habitusu kryją się w najbardziej automatycznych i, wydawałoby się, najmniej istotnych gestach czy też, jak określa to Bourdieu, technikach cielesnych, takich jak charakterystyczne ruchy rąk, sposób siadania lub chodzenia. Jednocześnie uruchamiają one najbardziej podstawowe zasady konstrukcji i oceny świata społecznego. Możemy więc powiedzieć, że są to dys-

---

<sup>125</sup> P. Bourdieu, *Medytacje pascaliańskie*, przeł. K. Wakar, Warszawa 2006, s. 187.

<sup>126</sup> Yi Fu-Tuan w książce *Przestrzeń i miejsce* pisze wręcz o tym, że to ludzkie ciało jest niczym matryca porządkująca przestrzeń. Utrzymywanie przez człowieka ciała w pozycji pionowej warunkuje postrzeganie przestrzeni w kategoriach takich jak góra, dół, przód, tył, centrum oraz prawo, lewo. Człowiek poprzez swoją obecność podporządkowuje przestrzeń temu schematowi.

<sup>127</sup> P. Bourdieu, *Medytacje pascaliańskie*, op. cit., s. 194.

<sup>128</sup> P. Bourdieu, *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądzienia*, przeł. P. Biłos, Warszawa 2005, s. 572.

pozycje ciała warunkujące poddanie się określonym zasadom organizującym sytuacje społeczne. Bourdieu nazywa to ucieleśnionymi strukturami społecznymi, które aktorzy społeczni stosują w celu praktycznego poznania świata społecznego<sup>129</sup>. Człowiek nabywa te dyspozycje od dzieciństwa, ucząc się chodzić, mówić, ubierać itd., czyli podczas społecznego treningu operowania własnym ciałem w ramach obowiązujących norm charakterystycznych dla danej społeczności (czy klasy, bo tej kategorii używa Bourdieu).

W pojęciu habitusu objawia się dyspozycja jednostki do rozumienia, klasyfikowania i porządkowania rzeczywistości, posiadana dzięki uspołecznianiu ciała i przekształcaniu go w toku nauczania i nabywania doświadczeń. Ta aktywna rola ciała w poznawaniu jest całkowicie sprzeczna ze scholastyczną wizją<sup>130</sup> utrwaloną przez chrześcijaństwo i platonizm, wyrażającą się w postrzeganiu ciała nie jako narzędzia owego poznania, ale jako przeszkody w tym. Habitus jest niedostrzegany do momentu, aż nie zostanie

---

<sup>129</sup> Ibidem, s. 574.

<sup>130</sup> Wizja scholastyczna czy też dyspozycja scholastyczna jest według Bourdieu nabywana w doświadczeniu szkolnym, ale w pełni realizowana tylko poprzez jednostki włączone w pole naukowe, w tym zwłaszcza filozoficzne. Nabywanie tej dyspozycji odbywa się w trakcie nauki szkolnej, będącej w rzeczywistości formą ćwiczeń wykonywanych w trybie „udawania”, bez realnej stawki ekonomicznej. Nabywanie dyspozycji scholastycznej to czas oderwania się na dłużej bądź krócej od świata pracy, od poważnej, jak pisze Bourdieu, działalności, za którą otrzymuje się pieniężne wynagrodzenie. To postawa dystansu do konieczności ekonomicznych i społecznych i rodzaj zerwania ze światem będący wynikiem odcięcia się od świata produkcji, tak jak estetyczne postrzeganie świata i sztuki było efektem odcięcia się od świata konieczności. Z dyspozycją tą związany jest bezpośrednio rodzaj spojrzenia – scholastycznego: wyniosłego i pełnego dystansu. Jest to punkt widzenia wykształcony w dzieciństwie, dowartościowujący zmysły dystansu, czyli wzroku i słuchu, na niekorzyść zmysłów bliskości, czyli dotyku i smaku. Innymi słowy, spojrzenie scholastyczne sprawia, że wygenerowany zostaje dystans do przyjemności wywoływanych zmysłami bliskości. Nabywaniu takiej perspektywy towarzyszy rozdzielenie rozumu i ciała, zmysłów „zmysłowych” i „czystego” smaku „czystych” sztuk: „krótko mówiąc, między wszystkim, co rzeczywiście pochodzi z porządku kultury, przestrzeni wszelkich sublimacji i podstawy wszelkich dystynkcji, a wszystkim, co należy do porządku kobiecego i ludowego. Opozycje te, wyrażone bardzo jasno w zasadniczym dualizmie duszy i ciała (albo rozumu i czucia), zakorzeniają się w społecznym podziale na świat ekonomii i na uniwersa produkcji symbolicznej” (P. Bourdieu, *Medytacje pascaliańskie*, op. cit., s. 39). Myślenie scholastyczne stawia siebie w opozycji do logiki praktyki i za wartość uważa odejście od świata życia codziennego.

zastosowany, a i to nie gwarantuje rozpoznania „ze względu na samozrozumiałą konieczność swego występowania i natychmiastowe przystosowanie do sytuacji”<sup>131</sup>. W toku uczenia się, nabywania owych dyspozycji w ciele, zostaje zapisany porządek społeczny. Jak pisze Bourdieu: „Najważniejsze nakazy społeczne nie są skierowane do intelektu, lecz do ciała, traktowanego jako supełek na chusteczce”<sup>132</sup>. Porządek społeczny wpisywany w umysły za pośrednictwem wszelkich sądów, werdyktów i klasyfikacji, wykluczeń i włączeń, języka czy instytucji<sup>133</sup> objawia się tym, że jednostka wie, jak ma się zachować w danej sytuacji i w danym miejscu względem danych osób. Objawia się więc reakcją zgodnie z ucieleśnioną normą. „Praktyczna znajomość pozycji zajmowanych w społecznej przestrzeni jest praktycznym opanowaniem klasyfikacji, niemającym nic wspólnego z opanowaniem naukowym, którego wymaga konstrukcja systemu klasyfikacji zarówno spójnego, jak i dostosowanego do rzeczywistości społecznej”<sup>134</sup>.

Habitus stanowi podstawę milczącego porozumienia między aktorami dzielącymi te same dyspozycje, co przekłada się następnie na wspólne grupowe doświadczenie, w wyniku którego każdy znajduje potwierdzenie, że „tak właśnie się robi”. Przychodzi tu na myśl Eliasowska konstatacja o procesie racjonalizowania ciała i przyswajania określonych kodów zachowania się, co wzmacnia identyfikację z własną grupą. Relacja pomiędzy habitusem i światem społecznym, którego ten habitus jest wytworem, określa zachowania w danej sytuacji jako niedopuszczalne bądź, odwrotnie, konieczne. Jako przykład Bourdieu podaje zasadę wyrażoną w stwierdzeniu „szlachectwo zobowiązuje”. Wystarczy, zdaniem autora, zastosować określone zespoły gestów lub słów, by uruchomić gotowy zestaw reakcji, a więc uczuć, doświadczeń czy odpowiednich zachowań.

W ciało, według Bourdieu, wpisane są też dyspozycje służące wyrażeniu bądź potwierdzeniu męskości i kobiecości. Zróżnicowanie to manifestuje się w odmiennych sposobach ubierania się i operowania własnym ciałem, czyli w charakterystycznych dla danej płci gestach i pozach. W rezultacie sprowadza się więc do różnic w najbardziej zwyczajnych i codziennych czynnościach. Autor nie twierdzi jednak, że jednostka

---

<sup>131</sup> P. Bourdieu, *Medytacje pascaliańskie*, op. cit., s. 198.

<sup>132</sup> Ibidem, s. 201.

<sup>133</sup> P. Bourdieu, *Dystynkcja*, op. cit., s. 578.

<sup>134</sup> Ibidem, s. 580.

jest zdeterminowania do podejmowania wciąż tych samych wyborów w ramach dostępnego jej spektrum, habitus może bowiem generować również zmianę. „Dyspozycje nie prowadzą w zdeterminowany sposób do zdeterminowanego działania: występują i są realizowane jedynie w odpowiednich okolicznościach i w związku z sytuacją”<sup>135</sup>. Ponadto habitus sam podlega zmianie w wyniku, jak pisze Bourdieu, permanentnej rewizji dyspozycji oraz w odpowiedzi na nowe doświadczenia.

Habitus będący zespołem wcielonych struktur społecznych jest także nośnikiem skutków dominacji, twierdzi socjolog. Uznanie dla społecznych norm i wymogów może przybierać postać cielesnych emocji, takich jak poczucie wstydu, nieśmiałość, niepokój lub poczucie winy. Odczucia te często towarzyszą wrażeniu regresji do czasu dzieciństwa, czego objawem jest między innymi czerwienienie się, trudności z wypowiedaniem się lub drżenie rąk. Stanowi to formę podporządkowania się normie, nawet wbrew sobie i broniącemu się przed tym ciału. Ta konstatacja bliska jest spostrzeżeniom Eliasa na temat odczucia wstydu jako przejawu uwewnętrznionej normy kontrolującej. Owo podporządkowywanie się normie nie jest aktem świadomości, ale aktem zwyczaju wytworzonego w toku kształcenia i tresury ciała. „Skutki dominacji symbolicznej (w dziedzinie płci, grup etnicznych, kultury, języka itd.) nie występują w jawnej logice poznających świadomości, ale w ciemności dyspozycji habitusu, gdzie wpisane są w schematy poznania, oceny i działania, które poza decyzjami świadomości i kontrolą woli kształtują głęboko nieświadomą samej siebie relację praktycznego poznania i uznania”<sup>136</sup>. Porządek społeczny z jednej strony wymusza, a z drugiej stwarza warunki do spontanicznego (ale mieszczącego się tylko w granicach owego porządku) wyboru danych norm i dostosowania się do nich. Zatem władza symboliczna jest konstruowana i wspierana przez tych, którzy jej podlegają, a owo podporządkowanie, jak podkreśla Bourdieu, nie stanowi aktu świadomości, lecz ciche przyzwolenie reprodukującego to podporządkowanie ciała. To właśnie na poziomie ciała, na przykład w odczuciu wstydu, zażenowania czy obrzydzenia, rozpoznane zostają zakazy i nakazy.

Trwale przekształcić habitus może tylko praca kontrtreningu, w którą włożyć trzeba wysiłek porównywalny do ćwiczeń atletycznych<sup>137</sup>. Praca ta jest

---

<sup>135</sup> P. Bourdieu, *Medytacje pascaliańskie*, op. cit., s. 212.

<sup>136</sup> Ibidem, s. 242.

<sup>137</sup> Ibidem, s. 244.

ciężka po pierwsze dlatego, że porządek społeczny ze wszystkimi swoimi normami i ograniczeniami jest ucieleśniony tak głęboko, że pozostaje niedostępny dla świadomości<sup>138</sup>. Drugą ważną przeszkodą w przekształcaniu habitusu jest fakt istnienia systemów obrony zbiorowej stosowanych w celu zakrycia najbardziej podstawowych mechanizmów porządku społecznego<sup>139</sup>.

Bourdieu nie podjął wprost w swoich książkach wątku doświadczenia okołoporodowego, a tym samym kwestii porządku społecznego wpisanego w to doświadczenie. Przytoczyłam jego rozważania, ponieważ sądzę, że moc wcielonych dyspozycji musi kształtować omawiane tu doświadczenie czy też raczej wpływać na osobę będącą w ciąży, rodzącą i w połogu. W jaki sposób? Wróć do tego pytania po tym, jak omówię szczegółowo aspekty doświadczenia okołoporodowego. A tymczasem zaprezentuję jeszcze jedną koncepcję stawiającą ciało w centrum zainteresowania.

## SOMATOESTETYKA

Amerykański filozof Richard Shusterman w konsekwencji nawiązania bliskiej znajomości z tancerzami i tancerkami, a więc z ludźmi, którzy w nieco odmienny niż przeciętny sposób doświadczają swojego ciała, podjął interdyscyplinarne badania nad ciałem. Pod koniec lat 90. XX wieku z obserwacji i rozmów z „praktykami i praktyczkami” ciała oraz własnych doświadczeń stworzył nową dziedzinę filozofii – somatoestetykę<sup>140</sup>. Bardzo ogólnie można ją określić jako praktykowanie ucieleśnionej formy świadomości, do czego narzędziem jest: „ulepszające badanie doświadczenia człowieka i użycia ciała jako miejsca sensoryczno-estetycznej percepcji oraz kreatywnego kształtowania siebie”<sup>141</sup>. W polu zainteresowań

---

<sup>138</sup> Ibidem, s. 259.

<sup>139</sup> Ibidem, s. 270.

<sup>140</sup> W polskich przekładach tekstów Richarda Shustermana funkcjonują dwa terminy określające nową, zaproponowaną przez niego dziedzinę filozofii: „somatoestetyka” i „somaestetyka”. Z uwagi na to, że przytaczam fragmenty tekstów, w których różnie przetłumaczono te terminy, w cytatach pozostawiam je w brzmieniu nadanym przez tłumacza/tłumaczkę. Sama jednak stosuję termin „somatoestetyka” – taki pojawił się w pierwszych przełożonych na język polski tekstach Shustermana.

<sup>141</sup> R. Shusterman, *O sztuce i życiu. Od poetyki hip-hopu do filozofii somatycznej*, przeł. W. Małecki, Wrocław 2007, s. 75.

somatoestetyki mieszczą się różnego rodzaju praktyki dbałości o ciało, ale również te dziedziny wiedzy, które badają ideologie dominacji odcisnięte w naszych ciałach. Jeśli uznać samowiedzę za jeden z głównych celów filozofii, to jako cel somatoestetyki wyznaczyć można badanie przeżywanego doświadczenia, a co za tym idzie, zdobywanie pełniejszej świadomości tego, co przeżywamy i odczuwamy poprzez ciało, jak również poszerzanie świadomości schematów somatycznego funkcjonowania.

Shusterman zdecydował się na użycie terminu *soma* oznaczającego żyjące, czujące, dynamiczne i percepcyjne ciało<sup>142</sup>, by odejść od dualnego rozumienia pojęcia ciała (jako przeciwieństwa umysłu) oraz by nie zawęzić rozumienia go tylko do samej cielesnej powłoki, tkanek, mięśni i struktur kostnych, czego odpowiednikiem w języku angielskim jest termin *flesh*. Z kolei drugi człon nazwy – estetyka – pełni podwójną funkcję: wskazuje na rolę, jaką *soma* odgrywa w zmysłowym procesie poznawczym, a także na „jej estetyczne wykorzystanie zarówno w stylizacji własnego ja, jak i w ocenie estetycznych jakości innych jaźni i rzeczy”<sup>143</sup>.

Koncepcja Shustermana, podobnie do omówionych wcześniej teorii feministycznych, opiera się na przeświadczeniu, że ciało stanowi główny wymiar ludzkiej tożsamości, ponieważ buduje naszą pierwotną perspektywę i określa sposób zaangażowania w świat. Mimo to na co dzień nie doświadczamy ciała w sposób świadomy, ale raczej jako „przezroczyste źródło działania”<sup>144</sup>. Dopiero w sytuacjach trudnych, mniej codziennych, zaczynamy na nie zwracać uwagę. Wtedy jednak postrzegamy swoje ciało bardziej jako coś, co posiadamy i używamy, a nawet jako coś, co rozprasza albo przeszkadza, niż coś, czym jesteśmy. Takie spojrzenie wpływa jednak na „somatyczne wyobcowanie oraz uprzedmiotowienie ciała”<sup>145</sup>. Choć współczesna kultura w dużym stopniu zwraca uwagę na ciało, to jest to zainteresowanie powierzchowne, skupione na wyglądzie i spełnianiu społecznych norm atrakcyjności, podczas gdy celem somatoestetyki jest pogłębienie wiedzy o ciele jako najbardziej pierwotnym narzędziu i „podstawowym medium interakcji z różnymi środowiskami, koniecznym dla całej naszej percepcji, działania, a nawet

---

<sup>142</sup> R. Shusterman, *Świadomość ciała. Dociekania z zakresu somaestetyki*, przeł. W. Małecki, S. Stankiewicz, Kraków 2010, s. 7.

<sup>143</sup> Ibidem, s. 20.

<sup>144</sup> Ibidem, s. 22.

<sup>145</sup> Ibidem.

myśli”<sup>146</sup>. Nowa perspektywa ma zatem przekierować somatyczną samoświadomość z poziomu świadomości tego, jak wygląda nasze ciało i jak postrzegają je inni, na poziom świadomości cielesnych odczuć. Zdaniem Shustermana tego rodzaju samoświadomość somatyczna może polepszyć naszą percepcję i tym samym funkcjonowanie w świecie.

Twórca tej koncepcji wyróżnia trzy gałęzie somatoestetyki: analityczną, pragmatyczną oraz praktyczną. W obrębie zainteresowań somatoestetyki analitycznej pozostają kwestie ontologiczne i epistemologiczne dotyczące ciała, na przykład to, w jaki sposób ciało realizuje i podtrzymuje pewne konstrukcje społeczne związane z płcią, czy też jakie praktyki cielesne, uświadomione bądź nie, są instrumentem władzy. Z kolei gałąź pragmatyczna bada sposoby ulepszenia ciała oraz zajmuje się ich krytyką porównawczą. Ten odłam somatoestetyki może służyć poprawie cielesnego doświadczenia nie tylko na drodze teoretycznej, ale również praktycznej, poprzez zalecanie różnych metod prowadzących do zmiany naszych somatycznych nawyków. Jak pisze Shusterman<sup>147</sup>, na przestrzeni wieków proponowano wiele sposobów, które miały ulepszyć doświadczenie zakorzenione w ciele: różne diety, formy ubioru, ćwiczenia gimnastyczne, taniec i sztuki walki, kosmetykę, kolczykowanie lub skaryfikację, jogę, masaż, aerobik, kulturystykę, sado-masochizm oraz dyscypliny służące dobremu samopoczuciu psychosomatycznemu, takie jak technika Alexandra<sup>148</sup>, metoda Feldenkraisa<sup>149</sup> i bioener-

---

<sup>146</sup> Ibidem, s. 22.

<sup>147</sup> R. Shusterman, *O sztuce i życiu*, op. cit., s. 79.

<sup>148</sup> Technika Alexandra to forma pracy z ciałem. Jej twórcą był australijski aktor Frederick Matthias Alexander (1869–1955), który stworzył, początkowo na własne potrzeby, unikalną metodę pracy nad sobą. Celem tej techniki jest wyeliminowanie szkodliwych nawyków ruchowych, takich jak usztywnienia danych partii ciała czy napięcia pewnych grup mięśni i w efekcie doprowadzenie do bardziej efektywnego wykorzystania własnego cielesnego potencjału; [https://en.wikipedia.org/wiki/Alexander\\_Technique](https://en.wikipedia.org/wiki/Alexander_Technique) (dostęp: 13.11.2023).

<sup>149</sup> Metoda Feldenkraisa to forma samodoskonalenia poprzez ruch. Jej twórcą był Moshe Feldenkrais (1904–1984), urodzony w Rosji fizyk, pierwszy Europejczyk, który założył klub judo. W wyniku kontuzji kolana i niesatysfakcjonującej diagnozy lekarskiej w celu poprawy stanu zdrowia zajął się studiowaniem anatomii, fizjologii, mechaniki ruchu oraz psychologii. W efekcie opracował metodę reedukacji ruchowej, której celem jest przyswojenie nowych, ulepszonych ruchowych nawyków oraz zwiększenie efektywności własnego organizmu; <http://www.metoda-feldenkrais.pl> (dostęp: 13.11.2023).



getyka<sup>150</sup>. Wszystkie te praktyki badacz dzieli na formy przedstawieniowe, które skupiają się głównie na zewnętrznym wymiarze ciała, oraz na formy doświadczeniowe sięgające do estetycznej jakości cielesnych przeżyć.

Formy przedstawieniowe i doświadczeniowe w wielu przypadkach łączą się ze sobą, czego dobrym przykładem są osoby stosujące diety bądź ćwiczące jogę nie tylko dla lepszego wyglądu, ale również w celu dostarczenia sobie określonych odczuć płynących z tego rodzaju praktyk. Podział ten uzupełnia Shusterman o somatoestetykę performatywną zajmującą się praktykami zorientowanymi na budowanie siły, zdrowia, umiejętności, czego przykładem są podnoszenie ciężarów, lekkoatletyka czy sztuki walki. Wszystkie one jednak mogą być włączone bądź to w obszar kategorii doświadczeniowych, bądź przedstawieniowych, w zależności od rozłożenia akcentów. Trzeci nurt stanowi somatoestetyka praktyczna, czyli zdyscyplinowana i świadoma aktywność fizyczna na rzecz poprawy jakości doświadczenia cielesnego. „Im mniej się mówi o somatoestetyce praktycznej, tym lepiej, jeśli tylko oznacza to, że więcej się w tym zakresie robi. Niestety, oznacza to jednak zazwyczaj, że konkretna praca nad ciałem jest wyłączana z praktyki filozofii oraz jej dążenia do samowiedzy i troski o siebie. Ponieważ w filozofii tego, o czym się nie mówi, zazwyczaj się nie robi, konkretną pracę nad ciałem należy ogłosić istotną praktyczną gałęzią somatoestetyki, pojmowaną jako rozległa dyscyplina filozoficzna zajmująca się ucieleśnioną troską o siebie”<sup>151</sup>.

Owa szczególna uwaga poświęcona ciału zarówno w wymiarze codziennych praktyk, jak i w postulowanym wymiarze teoretycznym, ma swoje źródło w trzech zasadniczych kwestiach. Pierwszą z nich stanowi współczesny problem tożsamości osobowej. W ponowoczesnym świecie szeroko zakrojonej wymiany międzykulturowej, coraz szybszej transformacji otaczającej nas rzeczywistości i niestabilnych tożsamości ciało stanowi stały punkt odniesienia dla osobowości. Troszczymy się zatem o nasze ciała,

---

<sup>150</sup> Bioenergetyka to system terapeutyczny opracowany przez Alexandra Lowena (1910–2006), amerykańskiego psychiatrę i psychoterapeutę. Istotą tej terapii jest praca nad ciałem i umysłem z wykorzystaniem wiedzy o energii organizmu, celem natomiast uświadomienie sobie, w jakim stopniu ważne życiowe wydarzenia zapisane są w ciele i jaki ma to wpływ na całą egzystencję jednostki; <http://www.bioenergetic-therapy.com> (dostęp: 13.11.2023).

<sup>151</sup> R. Shusterman, *O sztuce i życiu*, op. cit., s. 80.

ponieważ są jedynymi nośnikami stabilnego Ja. Kolejny problem tożsamości osobowej wiąże się z psychoanalityczną wizją człowieka, której następstwem jest zakwestionowanie prymatu umysłu i dowartościowanie ciała jako przestrzeni samookreślenia. Drugim źródłem współczesnego zainteresowania ciałem jest powszechna sekularyzacja, która sprzyja rozwijaniu zainteresowań bardziej doczesnymi formami szczęścia, w tym cielesną stroną życia. Dawna religijność demonizowała ciało, a dziś troska o nie przyjmuje formy religijnego uwielbienia<sup>152</sup>. Trzecie źródło współczesnego zainteresowania ciałem to konieczność wynegocjowania nowego stosunku do natury, co stanowi efekt przemian nowoczesnej cywilizacji. Jej intensywny rozwój wpłynął na utratę przez człowieka starych instynktownych nawyków posługiwania się swoim ciałem, dlatego potrzeba teraz racjonalnej świadomości, która wsparta pracą somatyczną, na wzór metody Feldenkraisa czy techniki Alexandra, pomoże na nowo wypracować w jednostce odpowiednie cielesne reakcje lub zachowania. Shusterman przywołuje jeszcze innego teoretyka badającego współczesną fascynację ciałem, Thomasa Hanna, którego zdaniem to po prostu przyjemna forma spędzenia stale nam przybywającego wolnego czasu<sup>153</sup>.

Współczesny zwrot somatyczny znajduje odzwierciedlenie w rozważaniach akademickich. Idą one jednak, według Shustermana, bardziej w stronę opisu funkcjonowania ciała jako symbolu w danych tekstach kultury niż w stronę badania, jak naprawdę funkcjonuje ciało. Tym zajmują się przede wszystkim cieszące się wzrastającą popularnością rozmaite poradniki psychologiczne, a przecież także filozofia powinna uczynić z somatoestetyki centralny punkt. Jeśli bowiem uznać samowiedzę za jeden z głównych celów filozofii, to wiedza o własnym ciele nie powinna być marginalizowana. Co więcej, somatoestetyka, pogłębiając wiedzę na temat naszych ciał, poszerza naszą władzę wolicjonalną<sup>154</sup>. Jako istoty cielesne możemy działać tylko poprzez ciało, a nasza wola działania będzie mieć tym szerszy zasięg, im pełniejsza będzie wiedza o własnym ciele.

Jeśli uznać, że doświadczenie somatyczne stanowi ważny i nieusuwalny wymiar doświadczenia jako takiego, a także że filozofia jest badaniem

---

<sup>152</sup> Ibidem, s. 103.

<sup>153</sup> Ibidem, s. 106.

<sup>154</sup> Ibidem, s. 130.

doświadczenia i właściwym sposobem na życie, to trzeba stwierdzić, że somatoestetyka stanowi podstawowy element życia filozoficznego. Mowa tu jednak o tych praktykach somatycznych, których celem jest samodoskonalenie się w najbardziej pełnym wymiarze. Wiele bowiem zabiegów służących ulepszaniu swojego ciała tak naprawdę je reifikuje i redukuje do roli zewnętrznego mechanizmu, nad którym trzeba intensywnie pracować, a w tym znaczeniu ciało przestaje stanowić żywy wymiar indywidualnego doświadczenia i działania. Z kolei mniej pragmatycznym, a bardziej analitycznym zaaplikowaniem somatoestetyki do filozofii byłoby posłużenie się nią jako nową dziedziną rekonstrukcyjnej teorii krytycznej. To dałoby możliwość wnikliwego przyjrzenia się założeniom, skutkom i ideologiom praktyk cielesnych, które oddziałując na fizyczność, mają również wpływ na umysł. Tu przykładowe pole badawcze wyznacza pytanie sformułowane przez Shustermana na gruncie somatoestetyki o to, jaką rolę powinny odegrać media będące obecnie ważniejszym ze środków konstruowania ciała. Nie da się przecież nie zauważyć dominującej w mediach tendencji do „ustanawiania opresyjnych norm zewnętrznych form ciał za pomocą reklam, które jednoznacznie sugerują, że przyjemność, sukces i szczęście należą wyłącznie do młodych, szczupłych i pięknych przedstawicieli pewnych ras”<sup>155</sup>. W pierwszej kolejności należy zatem tę tendencję zminimalizować. Nie można jednak uczynić tego poprzez cenzurowanie reklam, ponieważ od razu spotkałoby się to z zarzutem niedemokratyczności. Rozwiązaniem nie jest także użycie tradycyjnego, mało skutecznego, potępiającego stylu krytyki kultury ciała. Za rozwiązanie bardziej radykalne i pozytywne uważa Shusterman „uprzywilejowywanie doświadczeniowych form somatoestetyki”<sup>156</sup>, a więc takich praktyk, które prowadzą do dogłębnego doświadczenia i polepszania jakości funkcjonowania ciała zamiast zainteresowania zewnętrznymi jego formami.

Somatoestetyka realizuje podstawowe cele filozofii, jakimi są: wiedza, samowiedza, właściwe działanie, szczęście i sprawiedliwość. Pogłębiając wiedzę o swoim ciele, o własnych nawykach czy odruchach, o których zazwyczaj nie myślimy, możemy poprawić funkcjonowanie naszego pierwotnego medium pojmowania świata, jakim jest ciało. Shusterman

---

<sup>155</sup> Ibidem, s. 89.

<sup>156</sup> Ibidem, s. 90.

daje tu przykład osoby, która na skutek nieuświadomionego spinania mięśni górnej części ciała ma zeszywniały kark, co z kolei uniemożliwia jej pełny obrót głowy, a tym samym ogranicza pole poznawcze<sup>157</sup>. Osoba ta, po przeanalizowaniu swoich negatywnych w skutkach nawyków i po świadomym zastosowaniu ćwiczeń mogących przełamać ów automatyzm spinania mięśni, ma szansę na zmianę swojego somatycznego funkcjonowania, a w konsekwencji na poszerzenie pola widzenia i zwiększenie wiedzy o świecie. „Tak jak Sokrates dostrzegał, że zły stan zdrowia fizycznego może być źródłem błędu (ze względu na nieprawidłowe funkcjonowanie organów i zwykłe zmęczenie), tak terapie w rodzaju techniki Alexandra i metody Feldenkraisa (podobnie jak starsze, azjatyckie praktyki hatha-jogi i medytacji zen) dążą do poprawienia przenikliwości i kondycji naszych zmysłów oraz do zwiększenia kontroli nad nimi poprzez kultywowanie większej świadomości i znajomości ich somatycznego funkcjonowania, jednocześnie uwalniając nas spod jarzma złych nawyków cielesnych, które upośledzają działanie zmysłów”<sup>158</sup>. Tego rodzaju samowiedza dostarcza także lepszego wglądu zarówno w nasze chwilowe stany powodowane dyskomfortem na skutek na przykład nieuświadomionych wcześniej napięć mięśni, wad postawy, jak i w trwałe nastawienia. „Dzięki świadomości oddychania możemy zatem zdać sobie sprawę, że jesteśmy rozgniewani lub zaniepokojeni, choć w innym przypadku moglibyśmy pozostać nieświadomi tych uczuć, a za co za tym idzie – być narażeni na to, że pokierują nami w niepożądany sposób”<sup>159</sup>.

Zarówno wiedza o naszych cielesnych, głęboko zakorzenionych nawykach, jak i wola oraz możliwość skorygowania ich umożliwiają z kolei właściwe działanie, które stanowi trzeci cel filozofii. Shusterman podaje przykład golfisty, który nieświadomie przybiera niewłaściwą postawę przy wybijaniu piłeczki. Mimo że ma on wolę wykonania tej czynności prawidłowo, to nie może tego zrobić z powodu błędnego wyobrażenia o swojej postawie, co w konsekwencji prowadzi do nawykowego uniesienia głowy i wykonania niewłaściwego ruchu. „W zbyt wielu naszych działaniach przypominamy tego »unoszącego głowę golfistę«, którego

---

<sup>157</sup> R. Shusterman, *Świadomość ciała*, op. cit., s. 40.

<sup>158</sup> Ibidem, s. 41.

<sup>159</sup> Ibidem, s. 41.

wola, choć mocna, pozostaje bezsilna, ponieważ brak mu wystarczającej wrażliwości somatycznej, by ją skutecznić<sup>160</sup>. Wiedza i wrażliwość somatyczna mogą też przyczynić się do osiągnięcia stanu szczęścia, postrzeganego tu jako proces fizjologiczny, uwarunkowany skurczami określonych partii mięśni. Stan ten można spotęgować dzięki dyscyplinie ciała i ulepszonej świadomości. Do omówienia roli somatoestetyki w realizowaniu ostatniego z pięciu celów filozofii – sprawiedliwości – Shusterman wykorzystuje ideę Michela Foucaulta, francuskiego filozofa, który postrzega ciało jako miejsce odciskania się władzy społecznej. W myśl tej koncepcji władza obecna jest w naszych cielesnych nawykach, uwewnętrznionych w procesie socjalizacji i stale odtwarzanych, składających się na ciąg zakazów, nakazów i zobowiązań nadzorowanych przez rozmaite społeczne instytucje, takie jak szpital, szkoła czy rodzina.

Ciało poddane rygorom normy poddaje się tym samym władzy. Jako przykład Shusterman przywołuje sposoby dyscyplinowania kobiet, od których oczekuje się, by mówiły cicho i łagodnie, poruszały się z gracją, by wyrażały swoją postawą skromność, a przede wszystkim bierność. Tego rodzaju ucieleśnione praktyki wyrażają i potwierdzają podporządkowanie. „Każda skuteczna próba rzucenia wyzwania uciśkowi powinna zatem obejmować somaestetyczną diagnozę zarówno nawyków i odczuć cielesnych stanowiących wyraz danej formy dominacji, jak i subtelnych instytucjonalnych zasad oraz metod wpajania tych nawyków i odczuć – tak by można było przezwyciężyć te ostatnie wraz z opresyjnymi warunkami społecznymi, które je generują<sup>161</sup>.”

Shusterman, podobnie jak Foucault, stoi na stanowisku, że alternatywne praktyki cielesne dają szansę na przełamanie opresyjnych norm, proponuje jednak mniej transgresyjne doświadczenia. Opowiada się za kultywowaniem asekualnych somatycznych przyjemności, takich jak oddychanie, spacerowanie, rozciąganie się, jedzenie, lub pozytywnych odczuć płynących ze specyficznych ćwiczeń<sup>162</sup>. Postulat swój formułuje w kontekście zdiagnozowanej przez siebie współczesnej pogoni za intensywną somatyczną stymulacją, która miałaby zapewnić poczucie szczęścia. „Sensualny ekstremizm naszej kultury jednocześnie odzwierciedla

---

<sup>160</sup> Ibidem, s. 42.

<sup>161</sup> Ibidem, s. 44.

<sup>162</sup> Ibidem, s. 60.

i wzmacnia głębokie somatyczne niezadowolenie, które choć bezustannie nami powoduje, jest ledwie odczuwalne przez naszą słabo rozwiniętą, niedostatecznie wrażliwą, a zatem w zrozumiały sposób niezaspokojoną, świadomość somatyczną<sup>163</sup>. Jako konsekwencję owej potrzeby ciągłego wzrostu poziomu odczuwanej przyjemności filozof wskazuje uzależnienie poczucia autentyczności od hiperstymulacji. Za prawdziwe uważane jest tylko intensywne doznanie. Somatoestetyka w przeciwieństwie do tego podejścia dowartościowuje różnorodne, często codzienne przyjemności odczuwane na wielu poziomach, które przeżywane świadomie i refleksyjnie potrafią być źródłem radykalnej transformacji.

Koncepcja Shustermana bywa krytykowana za hedonizm, ale, jak twierdzi jej autor, przyjemność sama w sobie odgrywa istotną rolę w kierowaniu życiem, a więc można ją rozpatrywać w kategoriach motywacyjnych. Uważa on, że przyjemność zupełnie błędnie uznawana jest za coś prywatnego, niesłusznie utożsamia się ją z wewnętrznymi doznaniem cielesnymi, dostępnymi tylko odczuwającej je jednostce. Mimo że ciało to medium pozwalające odbierać człowiekowi przyjemność, to nie jest ona doznaniem, ponieważ nie lokalizuje się w żadnym konkretnym miejscu. Przyjemność rozpatrywać należy raczej w wymiarze poznawczym, przemieniającym – bywają tak silne doświadczenia rozkoszy, które na trwałe przekształcają życie<sup>164</sup>, tak silne doznania, które wynoszą Ja poza własne granice. Somatoestetyki nie można utożsamiać z pogonią za bezpośrednią przyjemnością. Wyższe formy somatoestetyki sprawiają, że przyjemność okazuje się

---

<sup>163</sup> Ibidem, s. 65.

<sup>164</sup> Czasami doświadczenie bólu porodowego porównywane jest przez kobiety do doświadczenia orgazmu. Takiego porównania użyła moja pierwsza rozmówczyni: *Tak naprawdę poród to jest takie nagle w ogóle, niebyt taki trochę, odcięcie się od świata, to jest taki odlot no, pewnego rodzaju. Człowiek zupełnie traci kontakt. Staje się wtedy, staje się może nie bólem, żeby to nie brzmiało przerażająco, ale jakimś takim wielkim odczuciem tu i teraz. To jest jedno z największych tu i teraz. Ja to kiedyś porównywałam do orgazmu na zasadzie takiej, że jest to ucieczka od wszelkiego zewnątrz. Skupiamy się na danej rzeczy, na danym akcie, a on jest... On jest oczywiście mniej przyjemny. Nie jest to żadna przyjemność, ale jest też wielki, doniosły* (wyw1, t1). Poród bez wątplenia uznać można za doświadczenie przekształcające jednostkę i jej życie. Cytaty zapisane kursywą i oznaczone na końcu skrót „wyw” oraz numerem oznaczają konkretny wywiad, natomiast skrót „t” oznacza turę badania, jedną z dwóch przeprowadzonych.

produktem ubocznym ascetycznego i estetycznego dążenia do lepszej formy Ja. „Odrzucając dualizm ciała i umysłu (jako że przeczy mu już sam fenomen percepcji zmysłowej), praktyki te mają na celu holistyczną przemianę podmiotu, w której wymiary duchowego, estetycznego i moralnego rozwoju są ze sobą tak ściśle powiązane, że nie można ich skutecznie rozdzielić”<sup>165</sup>.

Shusterman, choć pisze o przekształcającej mocy alternatywnych praktyk somatycznych, nie podaje przykładów działań, jakie mogłyby przełamać ucieleśnioną dyscyplinę dziewczęcych czy kobiecych ciał, którą sam przywołuje jako egzemplifikację ciała poddanego rygorom normy. Nie znajdziemy też u niego przykładów przyłożenia perspektywy somatoestetyki do doświadczenia okołoporodowego. Omówiłam tu tak szeroko tę koncepcję, ponieważ już samo zgłębienie wiedzy na temat historycznych, społecznych i politycznych uwarunkowań tego (własnego) doświadczenia daje perspektywę somatoestetyczną. Pogłębię ją w dalszej części tekstu, prezentując kolejne etapy realnego doświadczenia okołoporodowego kobiet, których historie poznałam.

---

<sup>165</sup> R. Shusterman, *Świadomość ciała*, op. cit., s. 71.

## **DOŚWIADCZENIE OKOŁOPORODOWE – UWAŻNE SPOJRZENIE**

**P**ierwszą długą rozmowę odbyłam z siostrą mojej dobrej znajomej w 2005 roku. Od tamtego wieczoru minęło wiele lat. Najstarszy syn Magdy, wówczas siedmiomiesięczny bobas, jest już dorosłym człowiekiem. Gdy rozmawiałyśmy o tym, jak to jest być w ciąży, rodzić i karmić niemowlę, nie ingerowałam w jej opowieść. Wtedy jeszcze nie wiedziałam, o co warto zapytać. Głównie słuchałam. To było tak, jakbym przyjechała w nieznanne miejsce. Wszystko było nowe, więc próbowałam zorientować się w lokalnej topografii. Poznawałam punkty orientacyjne (jak to w dopiero co odwiedzonej miejscowości – rynek, bar, przejazd kolejowy, skwer, most nad rzeką itd.), przeżywałam pierwsze zachwyty, rozglądałam się dookoła, chłonąc to miejsce wszystkimi zmysłami. Chyba mogę powiedzieć, że ta rozmowa była czymś w rodzaju doświadczenia inicjacyjnego. Pierwszym etapem mojego wtajemniczenia. Do tej pory pamiętam atmosferę owego wieczoru i nasze ściszone, choć rozemocjonowane głosy. Za tą rozmową poszły kolejne (łącznie 27)<sup>166</sup>, a następnie, jako uzupełnienie, przeanalizowałam dokumenty osobiste, czyli listy opisujące doświadczenie ciąży, porodu i położenia nadesłane przez czytelniczki miesięcznika „Dziecko” w odpowiedzi na konkursy ogłoszone przez redakcję czasopisma (łącznie 47 listów)<sup>167</sup>. Na późniejszym etapie prowadzenia badań włączyłam do interpretowanego materiału także wypowiedzi zamieszczane na forach internetowych oraz wpisy na stronie internetowej Fundacji Rodzić po Ludzku. Moim głównym źródłem informacji były jednak wywiady pogłębione. Zależało mi bowiem na oddaniu głosu kobietom i lepszym poznaniu ich osobistego doświadczenia.

---

<sup>166</sup> Każda rozmowa została zarejestrowana na dyktafon, spisana przeze mnie oraz przeanalizowana. W transkrypcji stosowałam zapis wypowiedzi bliski oryginałowi, dlatego mogą pojawiać się błędy językowe, stylistyczne i inne. Czytając cytaty z wywiadów, trzeba pamiętać, że stanowią one zapis mowy potocznej, która rządzi się zupełnie innymi regułami niż język pisany. Zależało mi na tym, by transkrypcje pozostały możliwie najbardziej wierne wypowiedziom rozmówczyń.

<sup>167</sup> Listy zostały nadesłane na trzy kolejne konkursy zorganizowane przez redakcję „Dziecka”: „Mój poród” (2002) – 19 listów, „Kawałek życia” (2005) – 23 listy, „Mój poród” (2006) – 5 listów.



Co ciekawe, zazwyczaj okazywało się, że rozmowa ze mną była pierwszą sytuacją, w której kobiety tak szczegółowo relacjonowały wydarzenia i przeżycia związane z ciążą, porodem i położeniem. Wszystkie rozmowy przeprowadzone zostały w Warszawie, w większości w mieszkaniach rozmówczyń. Dla przeważającej części z nich byłam obcą osobą. Zaprosiły mnie do swoich domów i podzieliły się wyjątkowo osobistymi opowieściami. Dziś już pewnie nie pamiętają, że kiedyś, na te kilkadziesiąt minut, zbliżyła nas do siebie potrzeba opowiedzenia i wysłuchania historii ciąży, porodu i porożenia. Historii tylko z wierzchu przypominających inne takie opowieści. Każdej z moich rozmówczyń jestem ogromnie wdzięczna za to, że zeszyliśmy do głębszych pokładów ich okołoporodowych wspomnień. Jestem wdzięczna za zaufanie, z jakim powierzyły mi swoje intymne przeżycia.

Istotną inspiracją do zgłębienia tych historii była koncepcja *écriture féminine*. Myślicielki z tej opcji krytycznie odnosiły się do obecnego w zachodniej filozofii dualizmu i podkreślały, że dowartościowuje on racjonalizm, a marginalizuje to, co cielesne, nieświadome i w efekcie kobiece. „Według zwolenniczek *écriture féminine* tradycyjny feminizm emancypacji, postępu i *ratio* powielał schematy »wielkich opowieści« Zachodu, w których podmiot rozumu miał niezmiennie męski rodzaj, a wszystkie istniejące definicje kobiecości nosiły falliczne piętno. Trzeba więc dopiero »napisać« kobietę w jej pozytywnej inności, otworzyć przestrzeń kobiecego istnienia w tekście”<sup>168</sup>. Otwieraniu owej przestrzeni służyć ma eksploracja kobiecej cielesnej podmiotowości, a następnie wyrażenie tej pozytywnej inności. *Écriture féminine* robi to przede wszystkim za pomocą tekstu, a raczej gry z tekstem i językiem, dążąc do stworzenia symbolicznej przestrzeni dla kobiet. „W *écriture féminine* postulat »więcej ciała, więcej pisma« oznacza pisanie nowych alternatywnych »ciał«, które wykraczają poza fallogocentryczny schemat obecności i braku”<sup>169</sup>. Dowartościowujące ujęcie kwestii kobiecego ciała polega tu po pierwsze na rozpoznaniu pozytywnych znaczeń z tym związanych, a następnie na wprowadzeniu ich w przestrzeń symboliczną. Takiego zabiegu dokonuje między innymi Jolanta Brach-Czaina, zaczynając od przewartościowania problemu miesiączkowania, a na-

---

<sup>168</sup> J. Bator, *Feminizm, postmodernizm, psychoanaliza*, Gdańsk 2001, s. 172.

<sup>169</sup> Ibidem, s. 178.

stępnie wykorzystując je jako pozytywną metaforę duchowo-umysłowej przemiany. Uznałam to za inspirujące, ale tym, co naprawdę mnie prowadziło dalej i nie pozwalało poprzestać, były konkretne doświadczenia kobiet. Doświadczenia, o których słuchałam podczas rozmów, czytałam w listach przesłanych na konkursy i wpisach w mediach społecznościowych. Pogłębianie wiedzy o nich wzmagало chęć dalszego pytania i dowiadzania się więcej i więcej. Ta ciekawość pozostała mi do dziś, choć już dawno nie zbieram materiałów i nie prowadzę badań.

## ANALIZA

Proces analizowania zebranego materiału był długi i żmudny. Prowadziłam go, opierając się na standardach akademickich, których nie ma potrzeby szczegółowo streszczać. Poprzestanę na podkreśleniu, że celem mojego badania było poznanie indywidualnego kobiecego doświadczenia cielesnego związanego z ciążą, porodem i położeniem. Jak zwraca uwagę Roger D. Abrahams, pojęcie „doświadczenie” odnosi się zarówno do zwykłych działań, jak i do tych najbardziej doniosłych<sup>170</sup>. Jest jednak zasadnicza różnica pomiędzy doświadczeniami codziennymi a tymi, które okazują się być dla jednostki znaczące – Wielkimi Doświadczeniami mającymi potencjał przekształcenia jednostki<sup>171</sup>. Te drugie mają miejsce w szczególnym czasie i zwykle obudowane są obrzędami przejścia lub podobnymi. Są też poprzedzone określonymi przygotowaniem.

Współcześnie nie praktykuje się już zwyczajów takich jak przedporodowe rozplatanie włosów położnicy, wyjmowanie spinek, zapinek i agrafek oraz rozplątywanie tego, co znajdowało się w bezpośrednim sąsiedztwie rodzącej, a więc zwyczajów mających symbolicznie pomóc w zbliżającym się rozwiązaniu. Mimo to czas ciąży wciąż obudowany jest charakterystycznymi dla tego okresu przygotowaniem, na przykład uczestnictwem w szkole rodzenia, odbywaniem obowiązkowych i zalecanych badań lekarskich, czasami zmianą diety czy rzuceniem palenia tytoniu. Są to oczywiście przykłady racjonalnych zachowań służących

---

<sup>170</sup> R.D. Abrahams, *Doświadczenie zwyczajne i niezwykle*, [w:] *Antropologia doświadczenia. Z epilogiem Clifforda Geertza*, red. V.W. Turner, E.M. Bruner, Kraków 2011, s. 59.

<sup>171</sup> *Ibidem.*, s. 72.

dbałości o zdrowie własne i płodu, niemniej podejmowane są one właśnie w okresie ciąży, co stanowi o ich wyjątkowości. W związku z tym można tego rodzaju zachowania potraktować jako określone przygotowania do porodu, a także przygotowania służące dobru mającego się narodzić dziecka<sup>172</sup>. Opisując w tym eseju doświadczenie okołoporodowe, przyjmuję, że stanowi ono właśnie przykład Wielkich Doświadczeń również z uwagi na potencjał zmiany, którą niosły doświadczenia związane z obrzędami przejścia. Tu potencjał należy raczej połączyć z przeżywanym kryzysem somatycznym doświadczanym w okresie ciąży, porodu i połogu.

Analiza zebranego materiału pozwoliła mi dostrzec najczęściej pojawiające się aspekty doświadczenia związanego z ciążą, porodem i połogiem. Pierwsze, co zwróciło moją uwagę, to fakt, że interesujące mnie doświadczenia „ujawniają” ciało, czyli sprawiają, że zaczyna ono być zauważane, odczuwane w większym stopniu niż poza okołoporodowym okresem. W koncepcji Drew Ledera, amerykańskiego filozofa, o utajonym ciełe mowa jest o tym, że wszelkie doświadczenia związane z ciałem pozostają marginalne dla codziennej egzystencji czy poczucia jednostkowej tożsamości<sup>173</sup>. Człowiek, angażując się w różne działania, nie myśli na co dzień o swoim ciełe. Świadomość własnego ciała może pojawić się w sytuacji choroby czy bólu. „Ujawnieniu się” ciała sprzyjają też doświadczenia okołoporodowe. Zdaniem Ledera to w dużej mierze ból powoduje owo niecodzienne uświadomienie sobie własnej cielesności. Jak postaram się to pokazać w dalszej części tekstu, kobiece doświadczenie ciała posiada bardziej rozbudowany wachlarz sytuacji, w których rodzi się taka świadomość. Ciało staje się wtedy obecne ze względu na intensywność doznań, czasami dziwność, a także z uwagi na ból, który towarzyszy wymienionym doświadczeniom, szczególnie podczas porodu.

---

<sup>172</sup> Cytowana już Anna Zadrożyńska przywołuje rozmaite przykłady dawnych ludowych nakazów i zakazów kierowanych do kobiet ciężarnych po to, by zapewnić mającemu się urodzić dziecku zdrowie i pomyślność losu. „Przez całe dziewięć miesięcy przyszła matka nie mogła wchodzić do piwnicy czy jakichkolwiek dołów, żeby dziecko nie cierpiało później na duszności lub nie było garbate. Nie mogła także rozniecać ognia, bo dzieciak »byłby zły jak ogień«. Nie miała też prawa chodzić miedzami, gdyż miedza, jak każda granica, skrywała w sobie zagrożenie, od którego można było poronić” (A. Zadrożyńska, *Światy, zaświaty*, op. cit., s. 184–185).

<sup>173</sup> C. Shilling, *Socjologia ciała*, op. cit., s. 220.

Ciało uobecnia się w tym czasie w wyjątkowy sposób również dlatego, że wymyka się codziennej kontroli, do której jesteśmy przyzwyczajone czy też raczej wytrenowane w procesie socjalizacji. Utrata kontroli nad ciałem okazała się być ważną kategorią opisującą kobiece doświadczenie.

Innym przykładem doświadczenia ujawniającego ciało jest zachodząca w nim zmiana. W trakcie pogłębiania swojego zainteresowania doświadczeniem okołoporodowym doszłam do wniosku, że jest to ważna kategoria opisująca kobiece bycie w świecie, zwłaszcza w okresie ciąży, gdy zmiany wydają się najbardziej zauważalne i są mocno odczuwane. Podczas porodu również ma miejsce transformacja cielesna, począwszy od doświadczenia bólu związanego ze skurczami przepowiadającymi i odejścia wód płodowych, przez natężające się bóle porodowe i rozszerzający się stopniowo kanał rodny po wypchnięcie dziecka z macicy i pozbycie się łożyska, czyli organu odpowiedzialnego za podtrzymanie funkcji życiowych płodu. Doświadczenie zmiany przenika się z kolei z utratą kontroli nad ciałem, co może ujawniać się w bardzo różnych wariantach. Ważnym momentem w tych doświadczeniach jest zmiana przybierająca ekstremalną formę. W przeprowadzonych rozmowach i przeczytanych listach natknęłam się na kilka przykładów ciała ekstremalnego. Mam tu na myśli takie doświadczenie ciała, które w radykalny sposób odbiega od tego codziennego, znanego. Ciekawym dla mnie odkryciem jest coś, co określiłam pamięcią ciała, czyli to jak w ciele „zapamiętywane są” pewne wydarzenia. Inną często powracającą kategorią opisującą kobiece doświadczenie w interesującym mnie zakresie jest ból. W pewien sposób można go połączyć ze zmianą, gdyż jest to stan wyjątkowy. Taki, który chce się jak najszybciej zakończyć. Gdy jednak nie jest to możliwe, bo na przykład doświadczają bólu permanentnie, ból i tak nie staje się czymś swojskim<sup>174</sup>.

Powyższe aspekty opisujące kobiece doświadczenie cielesne w okresie ciąży, porodu i położu oczywiście nie wyczerpały katalogu kategorii, którymi można by owo doświadczenie opisać. Te jednak wydały mi się znaczące i doprowadziły do tezy o kryzysie somatycznym, który może towarzyszyć kobiecie, gdy jest w ciąży, rodzi lub jest w położu.

---

<sup>174</sup> F. Chirpaz, *Ciało*, przeł. J. Migasiński, Warszawa 1998.

## CIAŻA I PORÓD: ZMIANA, UTRATA KONTROLI, BÓL

**A**nalizując przeprowadzone rozmowy, zgromadzone listy oraz wybrane wpisy internetowe, zwróciłam uwagę na to, w jak dużym stopniu kobiece doświadczenie okołoporodowe charakteryzuje zmiana wpisana w ciało.

### MIESIĄCZKA

Pierwszym z sygnałów bycia w ciąży jest ustanie miesiączki, co dla części rozmówczyń było zmianą pozytywną. *Bardzo długo nie miałam miesiączki (po porodzie – DD), półtora roku. I to było doświadczenie niezwykle pozytywne. To jedna z najlepszych konsekwencji ciąży, jak się nie ma miesiączki. To jest tak cudowne. Naprawdę nie czułam się bardziej kobieca przez to, że mi miesiączka wróciła. Znowu się zaczną ceregiele z tym wszystkim (wyw6, t1).* Dla niektórych pożądaną zmianą byłoby całkowite wyeliminowanie tego doświadczenia. *Miesiączki chętnie bym się pozbyła. Nie jest to coś, co darzę jakąś specjalną estymą. Nie uważam, że jest to coś nadzwyczajnego (wyw6, t1).* Część rozmówczyń liczyła, że zmiana związana z powrotem do regularnego cyklu miesięcznego nastąpi możliwie najpóźniej. *Wiesz, liczyłam na to, że nie dostanę tak szybko (miesiączki – DD). Ja dalej karmię piersią. Kacper dopiero od kilku, kilkunastu dni dostaje inne jedzenie i jest dokarmiany innym mlekiem. Liczyłam na to, że może da się oszukać naturę i nie dostanę tak szybko miesiączki. Myślałam, że pożyję trochę, wiesz, (śmiech) na wolności, a tutaj nic z tego (wyw2, t2).*

Zawieszenie miesiączki i wszystkiego, co się z nią wiąże, to często wymieniany pozytywny skutek ciąży. „W ciąży nie ma zmyru napięcia przedmiesiączkowego (PMS). Brak siły na comiesięczne tragedie. Tak więc bez PMS, na dziewięć miesięcy, zostałam brzemiennym aniołem”<sup>175</sup>. Jednocześnie niepojawienie się w spodziewanym czasie miesiączki, mimo że bywa ona doświadczeniem trudnym do kontrolowania, okazuje się faktem destabilizującym. *To też jest ciekawy wątek, że traci się kontrolę nad swoim stanem. Jednak ten okres wyznacza. Ja teraz nie wiem, w jakim jestem momencie rytmu biologicznego. Istnieje możliwość – coś mnie tam*

---

<sup>175</sup> M. Gretkowska, *Polka*, Warszawa 2001, s. 99.

*boli w dole brzucha – że zaczyna mi się menstruacja znowu, a może nie. Może jestem w ciąży? Mam nadzieję, że nie. (...) Mężczyzna nie ma takiego problemu. Nie ma takiego znaku swojej cielesności jak kobieta co miesiąc. (...) Czyli ten okres też nam wyznacza pewien stosunek do siebie, do świata. Ja teraz z braku miesiączki nie wiem, czy jestem w ciąży, czy nie. I boję się zrobić test ciążowy, bo dopóki jest niezrobiony, to nie jestem w ciąży* (wyw1, t1). Okres wyznacza pewien rytm, który gdy jest zachowany, daje poczucie kontrolowania własnego ciała. Niepojawienie się go w spodziewanym czasie oznacza zmianę i każe znaleźć jej przyczynę. Może to być ciąża, ale również menopauza. Jedna z rozmówczyń, która zdecydowała się na ciążę tuż przed ukończeniem czterdziestego roku życia, gdy dłuższy czas po porodzie nie miała z powrotem menstruacji, zaczęła się zastanawiać, czy właśnie nie weszła w fazę menopauzy.

## KONTROLA

Z materiału, który zebrałam, wynika, że doświadczenie zmiany przenika się z doświadczeniem utraty kontroli nad ciałem. Dla części rozmówczyń czas ciąży to właśnie taki etap. *Porodu też wyczekiwałam z utęsknieniem, ale jako chwili, gdy w końcu odzyskam swoje ciało i od nowa przejmę nad nim kontrolę* (list 2, k2). Wątek utraty kontroli pojawiał się w rozmowach często, także w kontekście ciążowych dolegliwości, które również można postrzegać jako zmianę w stosunku do tego, co było przed ciążą.

Od razu przychodzi mi do głowy sugestywny cytat z powieści Ma-nueli Gretkowskiej: „Piotr stara się mną manewrować, chcąc oszczędzić tego widoku turystom, jedzącym na tarasie śniadanie. Płaczę i rzygam, proszę, żeby odszedł, to wstrętne, upokarzające. Podtrzymuje mi głowę. Zachlapuję nam sandały i sikam. Jestem mokra od góry do dołu. Czyste, niesplamione fizjologią »ja« uciekło gdzieś na czubek głowy. Stamtąd ogląda skręcające się z obrzydzenia i wstydu ciało. Nie należące już tylko do mnie. Zasiedlone przez kogoś o innych zmysłach. Karzącego natychmiast za nieposłuszeństwo czy zwykłą pomyłkę. Sikam, rzygam i płaczę. Jestem w ciąży, dokładnie. Nie ona we mnie, ale ja w niej. Poddana niezrozumiałym wymaganiom i karom”<sup>176</sup>.

---

<sup>176</sup> Ibidem, s. 65.

Najczęściej wymieniany syndrom bycia w ciąży to mdłości, zwłaszcza w pierwszym trymestrze, kolejne symptomy to senność przekładająca się na ogromną potrzebę spania, większa chęć jedzenia, a następnie puchnące części ciała i obrzęki. Zdarzają się dolegliwości mniej typowe. *Nie mogę narzekać. Bardzo dobrze znosiłam ciężę w ogóle. Robiło mi się niedobrze. Byłam na zapachy czuła. Papierosy mnie drażniły. Perfumy mnie drażniły. Ogólnie miałam bardzo wyczulony węch. Skręcało mnie, ale mogłam sobie z tym jakoś poradzić. Zdarzyło mi się kilka razy wymiotować, ale nie było tak, że codziennie rano leciałam do ubikacji. Ach, wiem, miałam jeden dyskomfort – miałam strasznie silny ślinotok. Zachowywałam się po prostu jak żul. Chodziłam i plułam. Ślina mi nalatywała. Nie byłam w stanie tego przełknąć. Chodziłam i plułam ciągle, jak tylko ktoś nie widział. I po trzech miesiącach mi to minęło* (wyw9, t1). O tym, że ciąża to czas, kiedy człowiekowi bardzo trudno kontrolować czynności fizjologiczne, z humorem pisała Gretkowska. „I nagle... Prr – elegancka dama z koszyczkiem rozpierdza się. Nie mogę powstrzymać nagłej eksplozji. Pijak spogląda na mnie z rozbarwieniem. Nie rozepnę kożucha i nie pokażę sprawcy, naciskającego spust gazów. Wstyd okropny”<sup>177</sup>.

Poczucie utraty kontroli miało miejsce także później, w czasie porodu. *Ciało moje reagowało w sposób nieprzewidziany. Dostałam dreszczy i kilka razy wymiotowałam. (...) Podkreślę więc, jak bardzo zmienia się świadomość, jak psychika nie panuje nad ciałem* (list 1, k3). Kobiety wspominają gwałtowne reakcje własnego ciała, których w żaden sposób nie mogły skontrolować. *Co chwilę mdlałam, cała drżałam. Nie wiedziałam, co się dzieje, zupełnie nie kontrolowałam swojego ciała* (list 3, k3). Kontroli nie poddaje się również ból porodowy. *Zupełnie nie ma się nad tym żadnej kontroli. Tak jak w życiu jednak jest się w stanie coś kontrolować, tak z każdym takim mocnym bólem człowiek po prostu chce, żeby się skończył* (wyw12, t2). Z kolei świadomość, że można utracić kontrolę nad reakcjami fizjologicznymi, wywołuje strach. *Ja się bałam, jak czytałam, że kobiety przed porodem wydalają kał. Bałam się, że ktoś to będzie widział, a ja w ogóle nie kontaktowałam, nic nie wiedziałam, co się dzieje. Jak już były bóle, to świadomości nie było, czy ja wyglądam pięknie, czy jak* (wyw4, t2).

---

<sup>177</sup> Ibidem, s. 243.

## BRZUCH

W miarę postępowania ciąży zmienia się brzuch ciężarnej, a wraz z nim zwiększa się objętość ciała i waga. *Brzuch był ogromny. Jak chcesz, to później zdjęcia ci pokażę. Brzuch był ogromny do tego stopnia, że nawet lekarz dziwił mi się. Dziwił się, że on jest taki wielki. I już pod koniec ja miałam problemy z chodzeniem, tak mi uciskał na te wszystkie ścięgna, jakieś tam nerwy (wyw8, t1).* Jedna z rozmówczyń (wyw10, t1), opisując swój stan pod koniec ciąży, użyła określenia „brzuszyśko”, chcąc podkreślić monstrualne wymiary, jakie osiągnęła. Inna opisuje to jako anomalię. *Ja miałam po prostu anomalię ciążową. Z pierwszym i drugim dzieckiem już w drugim miesiącu ciąży miałam wielki brzuch. Przez pierwszy trymestr w ogóle się brzuch teoretycznie nie powiększa. Ja miałam po prostu taki gigant, że się mnie ludzie pytali, kiedy rozwiązanie. Ja mówiłam, że ja właśnie zaszłam, przepraszam bardzo. A w połowie ciąży to się mnie pytali, czy dwojaczki, a pod koniec ciąży to już nic się nie pytali, tylko po prostu się na mnie patrzyli, jakbym miała gigantyczny bebech. Gigantyczny (wyw3, t2).*

Doświadczenie cielesnego ekstremum jest często powracającym motywem na każdym etapie doświadczenia związanego z ciążą, porodem i położeniem. *Piersi mi wyskoczyły, gigantyczne D (śmiech) z małego B. (...) Pierwsze co, to w pracy mój biust tak zwracał uwagę, dlatego że jestem osobą raczej drobnej konstrukcji. Nagle koleżanka, która miała B, jak wyszła w koszulce, to się okazywało, że jej wielki biuścior wyskoczył. Koledzy chcieli czy nie chcieli, to z automatu pewnie się zastanawiali, co się dzieje z moim biustem. On po prostu rósł gigantycznie, no i urósł naprawdę ekstremalnie tak, że stanik mogłam mamie później oddać (śmiech) (wyw12, t2).*

Zmiany objętości w czasie ciąży obejmują często całe niemal ciało. *Brzuch rośnie, puchnie człowiek. Ja jakoś nie byłam taka potężna, ale nogi miałam napuchnięte. Nie mogłam butów żadnych włożyć. Nie miałam problemów z chodzeniem, tylko buty miałam ciasne. Poza tym w tym ostatnim trymestrze chodziłam cały czas siusiu, bo mi cały czas uciskał pęcherz. Kręgosłup mnie bolał. Co jeszcze? Cellulitis miałam straszny, w ogóle nogi grube, uda (wyw1, t2).* Doświadczenie stałego powiększania się jest często odczuwane jako napuchnięcie. *Człowiek jest coraz grubszy. Jak jest coraz grubszy, to coraz wolniej chodzi, coraz*



gorzej mu się ruszać, coraz bardziej się poci. Ja kończyłam swoje ciążę jesienią i latem, więc dla mnie to było takie ociekające potem, takie ociężałe, opuchnięte (wyw11, t2).

W miarę powiększania się brzucha może zmienić się sposób chodzenia. Widzę dziewczyny w ciąży, które też mają brzuch, ale z tyłu w ogóle tego nie widać, bo normalnie idą. A ja chodzę prawie jak kaczka (wyw5, t1). Zmiana sposobu poruszania się jest związana z nowym rozmiarem ciała. Uważałam, żeby jakoś tam się nie zderzyć z kimś lub czymś tym brzuchem, ale dosyć szybko jakoś złapałam te swoje nowe wymiary (wyw10, t1). Na zmianę sposobu chodzenia wpływa też fakt przesunięcia się środka ciężkości. Na początku (po porodzie – DD) też nie bardzo umiałam chodzić, bo się tak przyzwyczaiłam. Ten środek ciężkości się strasznie zmienia. Później, jak już nie miałam Zosi w środku, to było mi dziwnie. Nie mogłam się przestawić z dnia na dzień (wyw10, t1). Jedna z rozmówczyń doświadczyła wręcz problemów z funkcjonowaniem w przestrzeni. Wydaje ci się, że drzwi są daleko, a nagle na nie wpadasz. Dziwne to jest. Ja miałam coś takiego. I w jednej, i w drugiej ciąży. (...) zmysł równowagi też jakoś zachwiany, że bardzo łatwo się wywracałam, potykałam o różne rzeczy (wyw3, t2).

## TO, CO W ŚRODKU BRZUCHA

Powiększający się brzuch jest wynikiem rosnącego płodu, którego obecność staje się z czasem coraz bardziej odczuwalna. „Brzuch kobiety w ciąży stanowi część jej ciała, natomiast wewnętrzne ruchy dziecka już nie należą do jej ciała, ale do ciała innego”<sup>178</sup>. Do pewnego jednak momentu trudno jednoznacznie ustalić, do którego ciała przynależy dana aktywność.

Pierwsze ruchy płodu bywają na tyle nieoczywiste, że można je pomylić z aktywnością jelit. *Bardziej miałam takie wrażenie, jakby to były bąbelki. Takie pykające bańki mydlane. Bo to jest takie wrażenie, że nie jesteś pewna. A może to jakaś tam perystaltyka jelit? A potem coraz mocniejsze, wyraźniejsze, i wtedy już wiesz, że to jest to* (wyw3, t2). Nie można się nie

---

<sup>178</sup> M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia percepcji*, przeł. M. Kowalska, J. Migasiński, Warszawa 2001, s. 125.

zgodzić z Mauricem Merleau-Pontym, francuskim filozofem, że ruchy płodu należą do niego samego, ale nie pozostaje to bez wpływu na ciało matki. Część rozmówczyń doświadczyła tego jako czegoś bardzo zaskakującego. *Boże! Coś się rusza! Chodź tu, zobacz to! Coś, nie ty, rusza twoim brzuchem od środka. Może to jest problem współczesnego świata, w którym naoglądało się różnych filmów typu Obcy i tak dalej. Ale takie jest wrażenie, że coś z zewnątrz nagle w twoim brzuchu jest. Bo oczywiście związek między brzuchem i dzieckiem jest, umówmy się, dosyć luźny* (wyw1, t1). Czasami może to być wręcz doświadczenie zniekształcenia własnego ciała. *Dzieci często się ruszają, pukają, a najczęściej wypychają swoje główki, pupy, w związku z czym mój brzuch przybiera często zaskakujące kształty, wręcz jak z horrorów* (list 12, k2).

Wcześniej zacytowana rozmówczyni wskazała na *luźny związek między brzuchem i dzieckiem*. Namacalny fakt posiadania ciężowego brzucha jest nie do zakwestionowania. Momentem, kiedy wewnętrzna obecność innej istoty staje się bardziej realna, jest badanie USG. *I ja to pamiętam, bo miałam ten obraz vis-à-vis siebie: „O matko, to jest prawdziwe, normalne dziecko!”*. *I ta główka była taka duża. Cały monitor prawie to była główka i nic więcej. I to ramię właśnie – „Zostaw mnie!”<sup>179</sup>*. *Wtedy do mnie dotarło, że tam rzeczywiście jest mały człowieczek w środku, gdy to zobaczyłam* (wyw2, t1). Do niektórych jednak obraz USG nie przemawia tak bardzo jak dające się odczuć kopnięcia czy też ruchy płodu odczuwane jako kopnięcia. *To jest niesamowite uczucie, że zdajesz sobie sprawę, że w tobie jest człowiek* (wyw3, t1). Odczuwalna obecność drugiej istoty dla większości rozmówczyń była czymś przyjemnym. *Przyjemne jest też to, że ktoś kopie w środku, takie uczucie, że się jest cały czas z kimś. To też jest fajne* (wyw11, t2). Początkowo jednak ruchy płodu są bardzo słabo wyczuwalne. *To było takie muśnięcie, jakby ławica malusieńkich rybek przepłynęła. I tak sobie myślę: „Czyżby to było to?”. Dalej takie jakby małe puknięcia. I właśnie*

---

<sup>179</sup> Tu rozmówczyni odwołuje się do historii z ostatnim USG, podczas którego miało miejsce śmieszne wydarzenie. Przeprowadzający badanie lekarz chciał sprowokować płód do poruszenia się i w tym celu delikatnie uciskał gałką brzuch ciężarnej kobiety. *Spała i lekarz chciał, żeby ona zaczęła się ruszać w tym brzuchu. I on ją tą gałką od USG zaczął popychać, a ona takim ruchem ramienia – „Zostaw mnie!”*. *Ten obraz mi utkwił w głowie. Ona sobie leży, ktoś ją trąca* (wyw2, t1).

*wtedy to już byłam pewna, że to ona. Potem parę dni nic i później za jakiś czas znowu. Pomału, pomału coraz częściej, nie mówiąc już o takich dyskotekach na maksa tak pod koniec. Jak już miała siłę, to potrafiła kopać dosyć mocno (wyw10, t1).*

Często pierwsze wyczuwalne ruchy przyrównywane są do delikatnej aktywności. *Fajnie pamiętam, jak poczułam Weronikę w środku, jak się rusza, jakby taki motyl frunął na początku, takie delikatne muśnięcia. Potem, jak była już większa, ten brzuch był taki bardziej wystający, tu bardziej, tu mniej, jak się go dotknęło, to się spłaszczało i tutaj się wybrzuszało (wyw5, t2). Czasami intensywnie dająca o sobie znać obecność płodu powoduje u ciężarnej chwilową utratę oddechu i inne nieprzyjemne odczucia. A potem kopał straszliwie, na tyle mocno, że jak się przytulałam do Tomka (mąż rozmówczyni – DD), tak do jego pleców, to on potrafił odczuć po prostu, jak mu Adaś w nerki wali. To było bolesne nawet (wyw6, t1). Bolesna obecność może się przejawiać na różne sposoby. A potem to już jak szalał, to koniec świata. Ja miałam kwadratowy brzuch. Wypinał się, wiesz, tak nieproporcjonalnie. A to dupcię sobie wypiął, to nogę wypiął. Strasznie, strasznie przyjemne, chociaż później nie powiem, bolało takie wypinanie. Skóra była mocno napięta w ostatnim miesiącu, to bolało i to zwłaszcza w okolicy pępka (wyw2, t2).*

Aktywność płodu nie musi powodować bólu, a mimo to może być intensywnie odczuwana. *Adaś bardzo często miewał czkawkę w ciąży i do tej pory mu to wypominam, że miał straszną czkawkę. Jak się już ułożyłam na końcu ciąży i mogłam zasnąć, to się zaczynało. Tak mnie to irytowało, że nie mogłam zasnąć. Co mogłam zrobić? Byłam skazana na niego (wyw6, t1). Kilka rozmówczyń przywołało też doświadczenie odczucia napierania płodu. Ona mi cisnęła na macicę, a ja cały czas odczuwałam, jakby ona miała mi się zaraz wymsknąć. Czasami usiłowałam ją sobie poprawić. Tak sobie usiłowałam przycisnąć, no ale na co? Na kości przyciskałam. Nic więcej (wyw9, t1).*

Rosnący w brzuchu płód kopie i ma czkawki, uciska na pęcherz i inne wewnętrzne organy, powoduje przybieranie na wadze, czasami do zaskakujących rozmiarów, prowokuje niekontrolowane reakcje fizjologiczne w organizmie ciężarnej, wprawia ciało w trwający na ogół dziewięć miesięcy cykl zmian. Przy drugiej i każdej kolejnej ciąży ma się na pewno lepsze wyobrażenie o tym, co może się dzieć z ciałem, ale nie jest możliwe, by dokładnie powtórzyć wcześniejsze doświadczenie. W pewnym

sensie każda ciąża wydarza się na nowo i stanowi nowe wyzwanie dla kobiety, która nie może przewidzieć reakcji organizmu.

## PORÓD

Zamknięcie okresu ciąży wyznacza początek porodu. To kolejna zmiana w opisywanym cyklu. Poród może się rozpocząć od odejścia wód płodowych. *I rano, jak się obudziłam, a w zasadzie obudziłam się dlatego, bo mi wody odeszły, po prostu zeskoczyłam z łóżka. Nie zabrudziłam łóżka, tylko tak skoczyłam, bo poczułam, że coś mi leci, więc wstałam, no i się okazało, że to wody mi odpłynęły. Szłam z pokoju do przedpokoju i strużkę zostawiałam. Stałam w tym przedpokoju i patrzyłam, co się dzieje. Leciąły mi te wody i leciały. To była siódma czterdzieści pięć rano. Zdałam sobie sprawę, że wody mi odeszły. Wiedziałam ze szkoły rodzenia, że jak kobiecie wody odchodzą, to w przeciągu dwóch godzin musi się znaleźć w szpitalu (wyw9, t1).* W niektórych przypadkach jest to dość wolno toczący się proces. *Byłam na dziewięćdziesiątych urodzinach babci, kiedy poczułam, że coś tam cieknie. Zjedliśmy obiad do końca. Wsiadliśmy w samochód. Pojechaliśmy do szpitala. Tam mnie jeszcze przetrzymali dwa dni, bo wody odchodziły powolutku i nie było żadnych skurczów (wyw3, t1).*

Wiele rozmówczyń wspomniało, że będąc w swojej pierwszej ciąży, często słyszały pytanie o to, w jakim są obecnie momencie procesu. Tymczasem niektórym z nich trudno było określić, co się właściwie dzieje. *W każdym bądź razie zaczęły odchodzić te wody i nie wiedziałam, czy to są wody na pewno (wyw10, t1).* Część rozmówczyń doświadczyła „wywołanego” odejścia wód płodowych.

– *Przyszedł lekarz. Mówi: „Proszę rozłożyć nogi”, co oczywiście posłusznie zrobiłam. I bez uprzedzenia przecięli mi pęcherz płodowy. Nie spodziewałam się kompletnie. Trochę to zabolalo.*

– *Czyli nawet ci nie powiedzieli?*

– *Nawet nie powiedzieli mi, co robią. Zalały mnie te wody (wyw6, t1).*

Innym sygnałem rozpoczynającego się porodu są skurcze. *W ogóle nawet nie wiedziałam, co to są skurcze przepowiadające. Nie byłam w stanie tego u siebie zaobserwować, bo mi się nic nie działo (wyw2, t1).*

W sytuacji przechodzenia pierwszy raz przez to doświadczenie każdy odebrany od ciała sygnał jest bacznie obserwowany, ale i to nie

daje gwarancji, że zostanie on dobrze zinterpretowany. *Miałam skurcze od Wielkiej Soboty nieregularnie. Nie wiedziałam, czy mam jechać, czy nie jechać. Mój mąż mówi: „Nie no, nie jedź, nie jedź”. Wreszcie w poniedziałek po południu mówię: „Koniec, jadę, bo w ogóle nie wiem, co się dzieje”. Siedzę sobie przy stole, wszyscy fajnie się śmieją, a ja pach!* (rozmówczyni podskoczyła na krześle – DD) *i skurcz. I mówię, że chcę, żeby mnie ktoś zobaczył, czy to już to, czy nie* (wyw4, t1). Opisywane doświadczenia są na tyle specyficzne, że nie można ich przyrównać do żadnych innych przeżyć, a tym samym uczynić nieco bardziej przewidywalnymi. *To jest coś, czego się nie da porównać z niczym innym. Kurczy się trochę brzuch, ale na początku to są takie, ja nie pamiętam w jakich odstępach, ale one były od początku dosyć częste, co piętnaście minut* (wyw12, t2). Wiele rozmówczyń w sytuacji wątpliwości decydowało się na konsultację lekarską, a więc odwołanie się do wiedzy eksperckiej. *Zjawiłam się rano w niedzielę i podczas KTG miałam wrażenie, że już mam skurcze. Oczywiście nie wiedziałam, jak wyglądają skurcze. Lekarz stwierdził, że tutaj aparat nic nie wykazuje. Jeszcze mnie zbadał. Zrobił USG. Powiedział, że wszystko jest w porządku. Jeszcze nie rodzę. Wróciliśmy z mężem do domu* (wyw8, t1).

## **BÓL**

Pojawiający się na tym etapie ból – w mniej lub bardziej regularnych odstępach, często dojmujący – wyznacza kolejną fazę doświadczenia okołoporodowego. Tym samym stanowi też zmianę względem wcześniejszej fazy, czyli okresu ciąży. *I bolało mnie bardzo, bardzo, bardzo tak. To bardzo silne bóle były. Nawet bym nie powiedziała, że to bóle porodowe, bo wydawało się, że z niczym się nie wiążą. Dopiero potem, jak zaczął być trochę wspomagany poród – w wannie, tam są takie ćwiczenia wykonywane, kostki masowane, piersi masowane, żeby przyspieszać akcję porodową – to zaczęły też być bóle brzucha. Wtedy już czułam, że to trzeba oddychać specjalnie* (wyw13, t2).

Doświadczenie bólu porodowego jest indywidualne, zawsze jednak sygnalizuje wejście w nową fazę. *Ja nie wiedziałam, że to są skurcze, wyobrażałam je sobie inaczej, miałam takie wrażenie, że się wtedy krzyczy, że to boli. Nie, to był taki bardziej intensywny ból brzucha i niepokój.*

*Nie mogłam usiąść i czułam, że się coś zaczyna dziać (wyw5, t2). Szczególnie przy pierwszej ciąży, gdy rodząca nie może się odwołać do własnego doświadczenia, pojawiają się trudności w określeniu, jaką aktualnie fazę się przechodzi. W związku z tym wiele sytuacji i reakcji może być zaskakujących. Nigdzie, w żadnej książce nie znajdziesz opisu, jak wyglądają bóle porodowe (wyw11, t2). Wątpliwości znikają, kiedy siła skurczów i wywołany nimi ból są trudne do zniesienia, a wręcz uniemożliwiają poruszanie się. Ja dostałam w tym momencie takich skurczy, że leżałam na sofie i nie byłam w stanie się z niej podnieść. Wiedziałam, co należy robić. Wiedziałam, że należy mierzyć skurcze, ale nie miałam zegarka. (...) I w zasadzie one były tak częste, że ja nie dałam rady wstać, więc czekałam, aż mąż wróci. Modliłam się, żeby szybciej wrócił (wyw8, t1). We wspomnieniach rozmówczyń wielokrotnie przewijał się wątek unieruchamiającego bólu. Zaczęły się bóle takie silne, że już nie byłam w stanie chodzić czy spacerować, czy w ogóle cokolwiek robić, ale się i tak nie powiększyło rozwarcie (wyw13, t2). Najczęściej stosowaną w takim przypadku szpitalną procedurą jest podanie rodzącej oksytocyny, czyli hormonu wpływającego na skurcze macicy<sup>180</sup>. Po prostu podano mi oksytocynę. Bo normalnie można rodzić bez i spokojnie sobie czekać na poród. Podano mi oksytocynę i uprzedzono, że teraz skurcze będą bardzo bolesne, no i zaproponowano mi znieczulenie. Powiedziano, że to, co ja teraz czuję, to tak naprawdę jest nic. To mnie tak trochę wystraszyło. Podano mi znieczulenie i świetnie, świetnie się czułam. Bardzo dobre mam wspomnienia dotyczące porodu. Świetnie się czułam. Po znieczuleniu leżałam. Tylko mąż patrzył na KTG: „O, teraz masz skurcz”. „Dobrze, że mi mówisz, ja nic nie czuję” (wyw8, t1).*

W co najmniej kilku relacjach pojawił się wątek radzenia sobie z bólem porodowym poprzez zastępowanie go innym bólem. *Walłam pięścią w ścianę i chciałam zamienić ten ból na ten od walenia w ścianę, jakies takie to było podświadome. Trochę pomagało, ale to był taki ból z jednej strony, że boli, a później, jak jest ta faza, że wychodzi dziecko, to z jednej strony boli, ale ten ból jest taki przyjemny (wyw5, t2).* Szkoły rodzenia uczą kobiety radzenia sobie z bólem i jedna z moich rozmówczyń z tych umiejętności skorzystała, co znacznie zminimalizowało ból

---

<sup>180</sup> Hormon ten powoduje m.in. skurcze macicy, dlatego podawany jest w celu przyspieszenia akcji porodowej.

na tamtym etapie porodu. Metoda łagodzenia bólu sprawdziła się również w sytuacji badania rozwarcia szyjki macicy, które we wspomnieniach części rozmówczyń zapisało się jako szczególnie nieprzyjemne. *Powiem szczerze, że ta metoda śpiewania bardzo mi pomogła też w momencie badania rozwarcia, bo nie wiem, dlaczego położna, która nas tam prowadziła, się uprała, żeby badać rozwarcie również w czasie skurczu. To było gorsze w ogóle niż sam skurcz* (wyw10, t1). Dla niektórych jest to w ogóle najgorsze doświadczenie z całego porodu. *Najgorsze z całego porodu było mierzenie rozwarcia w trakcie skurczu, najbardziej bolesny moment jak dla mnie. Być może dlatego, że nie byłam na to przygotowana. W szkole nie wspomniano, jak wygląda takie badanie i że może być bardzo bolesne* (opowieść 7<sup>181</sup>). Oprócz tego, że jest to doświadczenie bardzo bolesne, to również głęboko – w znaczeniu psychologicznym – ingerujące w osobę<sup>182</sup>.

Wzrastający w miarę postępowania porodu ból sprawia, że od pewnego momentu nie można już nad nim zapanować. Ta sama rozmówczyni, która powoływała się na skuteczność metod radzenia sobie z bólem, wspomina: *Były takie momenty, że już nie kontaktowałam jakby trochę. Skupiałam się na tym, żeby jakoś te skurcze rozładować, czyli cały czas oddychałam, a już nie patrzyłam nawet na to, co się dzieje* (wyw10, t1). W wielu relacjach pojawia się wspomnienie utraty kontaktu z otaczającą rzeczywistością. *W przerwach między skurczami chyba śpię. Oczy mam prawie cały czas zamknięte. Gdy czuję, że nadchodzi kolejna fala, przestają słyszeć wszystkich wokół, nie obchodzi mnie, czego ode mnie chce położna. (...) właściwie nic nie ma, tylko skurcz, przerwa, skurcz, przerwa* (list14, k2). We wspomnieniach dotyczących bólu często przywoływane

---

<sup>181</sup> Do analizy włączyłam wpisy opublikowane na stronie Fundacji Rodzić po Ludzku. Przeczytałam 29 wpisów dostępnych na stronie 16.02.2014. Obecnie (14.11.2023) w zakładce dostępnych jest tylko 12 opowieści porodowych: <https://rodzicpoludzku.pl/co-robimy/opowiesci-porodowe/>. Źródłem cytatu jest niedostępna obecnie na stronie fundacji opowieść zatytułowana *Położna pochwaliła mnie za dzielność*. Zastosowana numeracja pochodzi z dokumentów autorki.

<sup>182</sup> Doświadczenie porodu w niektórych przypadkach powoduje przesunięcie się granicy intymności i wstydu. (...) *w trakcie tego porodu jest ci już tak wszystko jedno, że się po prostu przestajesz wstydzić. (...) Naprawdę podczas tego porodu, ile mi tam osób zajrzy, czy dwadzieścia, czy pięćdziesiąt, to zupełnie mi wszystko jedno. To jest niesamowite* (wyw3, t1).

jest odczucie, że doszło się do kresu wytrzymałości, że jest się bliską omdlenia bądź nieprzytomną z bólu. *Nadszedł jednak lekarz i z nadzieją w oczach czekałam na dobre wiadomości. Zamiast nich brutalna prawda i raptem półtora centymetra rozwarcia i najgorsze bóle krzyżowe. W pewnych momentach wydawało mi się, że bardziej boleć nie może, ale jak pomyślałam, ile jeszcze do dziesięciu centymetrów, to o mało nie zemdlałam* (list1, k3). W wielu relacjach krańcowość odporności na ból wyznaczało poczucie, że za chwilę się umrze. *Okolo jedenastej bóle zaczęły się na tyle nasilać, że zaczęłam krzyczeć i płakać. Miałam wrażenie, że jestem żywcem rozdzierana. Położna zasugerowała trzydziestominutowy prysznic, ale na niewiele się zdał. Skurcze były coraz częstsze, mąż w trasie, a ja wrzeszczałam na cały szpital. Położna masowała mi krzyż, pocieszała, uspokajała. Pojawił się również lekarz – zbadał mnie i stwierdził, że akcja się rozkręca, ale to jeszcze potrwa. Zagadywał mnie, żebym tylko nie myślała o skurczach, żartował, wypytywał o męża. Ja byłam w takim stanie, że miałam ochotę wszystkich pozabijać. Znowu zostałam sama – płakałam, krzyczałam. Personel przychodził i sprawdzał, co się dzieje, a ja miałam wrażenie, że prędzej umrę, niż urodzę. (...) Prosiłam lekarza o znieczulenie albo niech zrobi cesarskie cięcie, bo ja naprawdę umieram. Jednak doktor był nieubłagany* (opowieść 4<sup>183</sup>). Samo przeżycie porodowego bólu jest trudne do opisanania.

– *Nie, trzeci raz to już nie ból, strach. Tak jak powiedziałam, strach, wielki strach. Nie chciałabym już.*

– *Ale strach o siebie, o dziecko?*

– *Nie, przed tym bólem. Boję się po prostu bólu. Jak miałam ten ból z Mateuszem, bo z Oliwią już za bardzo nie pamiętam, ale jak dochodził ten najgorszy już ból, to ja sobie po prostu rwałam włosy z głowy. Po prostu nie mogłam wytrzymać. Zobaczyłam po porodzie, jak już urodziłam, że tu taka pustka (w wyniku wyrwania włosów – DD). To musiała być chyba ogromna siła, wiesz? Człowiek po prostu nie zdaje sobie tak sprawy, jaki to jest ból. To ciężko jest po prostu opisać* (wyw6, t2).

Ból towarzyszy także fazie skurczów partych, wówczas jest on jednak inaczej opisywany. *Pomału silne skurcze, rozdzierające jakby na pół moje*

---

<sup>183</sup> Opowieść zatytułowana *Poród to jedyny dzień, w którym kobiecie wszystko wolno*, <https://rodzicpoludzku.pl/opowiesci-porodowe/ii-trymestr-171/> (dostęp: 14.11.2023).



*ciało, okalając kręgosłup i dół brzucha jakby żelaznym kręgiem, przeszły wreszcie w bóle parte. Zaczęła się druga faza porodu, czas na wypchnięcie dziecka z macicy. Teraz powinno już pójść szybciej – pomyślałam. Tak też się stało. Odczuwałam bardzo silną potrzebę parcia. Ulgę sprawiało mi podążanie za nakazem własnego ciała. Słuchałam go bacznie i wspomagałam skurcze macicy świadomą pracą mięśni. Ból zszedł na drugi plan, liczyła się praca. Cały proces porodu to jakby taniec dwóch ciał. Kilka porządných parć i już było widać małą główeczkę (list10, k2).*

## PARCIE

Silna potrzeba parcia przez niektóre kobiety kojarzona jest z potrzebą defekacji, co dla wielu okazuje się być ogromną przeszkodą w akcji porodowej. *Jak na to łóżko wlałam, że już musimy rodzić, to wtedy wymiękłam. To już mnie bolało. Miałam uczucie parcia, ale nie chciałam przeć, bo miałam wrażenie, że zrobię kupę. Na samym początku miałam lewatywę, więc nie zrobiłabym kupy, a mimo wszystko miałam takie odczucie, jakbym za chwilę miała ją zrobić. I dla mnie to taki wstyd. Absolutnie nie chciałam przeć. Tutaj nie popisałam się niestety (wyw9, t1). Inne rozmówczynie miały podobne odczucia. Tamte szły od kręgosłupa i tak ścisnęły brzuch, a te parte były tak, jakby się człowiek chciał załatwić, to właśnie takie parte na tyłek, na odbył, na tamte części ciała (wyw8, t2). Czasami skojarzenie tych dwóch sytuacji pomaga w porodzie. „Przyj!” Stękam z wysiłku. Nic. „Rób kupę!” – krzyczy położna. Co ona ode mnie chce? Nagle mi się przypomniało, co mówili w szkole rodzenia, więc robię kupę, to znaczy prę (list22, k2).*

Faza skurczów partych w opisie niektórych rozmówczyń różni się od wcześniejszej również tym, że pojawia się możliwość aktywnego w niej udziału. *Parcie jest bardzo przyjemne. Parcie, czyli to wypieranie dziecka, jest przyjemne, bo możesz coś robić. A skurcze są takie, że musisz się im poddać. Weź się poddaj, jak cię coś tu ścisną. To się nie chce poddawać. Chcesz się bronić przed tym wręcz. To się robi coś takiego nieprzyjemnego. A właśnie, paradoksalnie, poddanie się im powoduje przyspieszenie tej akcji porodowej (wyw1, t1). Doświadczenie kolejnej rozmówczynie odwołuje się do innego jeszcze aspektu aktywnego udziału, w tym przypadku bezpośrednio powiązanego z odczuciem bólu. Parcie*

*to jakiś inny rodzaj świadomości. Kosmos. Wszechból, który jeszcze trzeba wzmocnić, żeby w końcu minął. Krzyczę (...) (list7, k2). Ból fazy partej bywa porównywany do siły, która rozdziera ciało na pół, rozszarpuje je i napina do granic możliwości. Głos położnej i krzyk dziecka sprowadziły mnie na ziemię z dziwnego stanu, w którym przebywałam przez ostatnie chwile porodu. Skurcze partę przeniosły mnie do innego świata. Odplynęłam, czułam, że skurcze obejmują całe moje ciało, że moje kości się rozchodzą, że moje ciało nie jest już tylko moim ciałem, że za chwilę rozpadnę się na kawałki (list15, k2).*

Cała ta ciężka, okupiona wielkim bólem praca ma na celu wypchnięcie dziecka na zewnątrz. Trzeba sobie uświadomić, że szyjka macicy musi się otworzyć na 10 centymetrów, aby główka dziecka mogła się przecisnąć na zewnątrz. *Nie pamiętam bólu w ogóle, oprócz jednej konkretnej chwili, kiedy tuż przed końcem wkradł się strach. Główka w kroczu, a w mojej głowie pojawia się myśl – ta myśl z początku ciąży – to koniec, albo tak już tam zostanie, albo mnie rozerwie – i wszystko się zatrzymuje. Strach jest największym wrogiem rodzącej. Adrenalina wszystko psuje. Położna mnie przywołała do porządku, potrzebowałam wtedy silniejszego bodźca. No dalej, jeszcze dwa, trzy razy i będzie po wszystkim. Zebrałam się w sobie (opowieść 10<sup>184</sup>).*

## **CIAŁO Z INNEGO CIAŁA**

W trakcie porodu ciało osiąga swoje ekstremalne granice. *Nagle głowa w połowie wyjścia. Jeju, jestem napięta jak struna. „Nie przyj!” – krzyczy położna. Chyba mnie rozerwie! Po co te dzieci mają takie duże głowy! Chlup, wyszło. Uff. Ulga (list22, k2).*

Kilka rozmówczyń w szczególny sposób przeżyło etap, gdy z ich ciała wychodzi drugie ciało, moment ekstremalny. *Przeszłam do łazienki i tam na toalecie potworne, silne bóle rozpięły moje ciało (były to bóle partę). Pęktł pęcherz płodowy i odeszły mi wody (byłam zdziwiona, że były takie ciepłe). Jęczałam z bólu (...). Wstałam z toalety, by umyć ręce, lecz gdy podeszłam do umywalki, zastygłam w bezruchu. Między nogami utkwi-*

---

<sup>184</sup> Opowieść zatytułowana *To było dla mnie przeżycie transcendentne*, <https://rodzicpoludzk.pl/opowiecei-porodowe/to-bylo-dla-mnie-przezycie-transcendentne/> (dostęp: 14.11.2023).

ła główka dziecka (list17, k2). Gdyby móc sfotografować ten moment, powstałoby zdjęcie osoby o dwóch głowach. Ta stopklatka uświadamia graniczność tego doświadczenia. *W pewnym momencie mówię, że nie chcę. Absolutnie nie zgadzam się. „Weź, uspokój się! Masz główkę między nogami. Główkę widać. Ma czarne włoski”. Ja na to: „Nie, nieprawda, oszukujecie mnie, ja nie chcę”. I położna mówi: „Jaka nieprawda?”. I wzięła mi tak rękę między nogi i ją dotknęłam. Rzeczywiście poczułam główkę. Chyba nawet zobaczyłam kawałek czarnych włosów. Dotknęłam główki i to było takie niesamowite uczucie, że koniec się zbliża. Bo to w sumie ten ból i to takie czekanie, żeby to się już skończyło. Przeszłam na fotel, już jak ta główka była na dole, ale jeszcze nie na zewnątrz (wyw9, t1).*

Podobne doświadczenie było dla innej rozmówczynie szokiem. *Miałam jeszcze taką sytuację... Ale to jest intymne... Byłam już na tym łóżku, już zaczęła się akcja porodowa, mam to minimalne rozwarcie, a położna mówi: „Wie pani co, pani idzie jeszcze do łazienki i się załatwi”. Myślę: Co ona chce, żebym siku jeszcze robiła? Z tego łóżka schodziłam. A to było po to, żeby iść, siku zrobić i to dziecko jeszcze wypchnąć z tą siłą. I w łazience czułam praktycznie na dole główkę Mateusza. Wyciągali mnie na salę porodową. To był dla mnie szok, szok! Dziękuję Bogu, że był mąż, bo nie wiem, czy ktoś by doprowadził mnie do tego łóżka. Byłam w łazience i normalnie miałam główkę na dole. Czułam normalnie główkę. To jest okropne, żeby na taki pomysł wpaść (wyw6, t2).*

Po urodzeniu dziecka, po wypchnięciu go z siebie, kobieta musi urodzić łożysko. *Nic nie robisz. Tak trochę z ciebie wyciągają. Trochę samo wychodzi. Tak chlup! Wypada takie mięcho. Tak trochę ciągną za tą pępowinę. Tak że to jest najprzyjemniejsze (wyw1, t1).* Nie za każdym razem jednak tak jest. *Miałam przy pierwszym porodzie trudności, bo niecałe łożysko wyszło. Miałam zabieg łyżeczkowania i potem miałam bardzo dużo komplikacji. Tam się to wszystko jakoś zakaziło, jątrzyło, w szpitalu zresztą dużo czasu spędziłam (wyw3, t2).* W innym ze wspomnień dotyczącym porodu łożyska pojawił się wątek uciskanego brzucha. *Łożysko rodzi się po krótkiej chwili w całości, bez kłopotu i bez naciskania na brzuch, czego nienawidziłam w szpitalu (opowieść 1<sup>185</sup>).* Ugniatanie

---

<sup>185</sup> Opowieść zatytułowana *Mój bardzo ludzki poród domowy*, <https://rodzicpoludzku.pl/opowiesci-porodowe/moj-bardzo-ludzku-porod/> (dostęp: 14.11.2023).

czy naciskanie brzucha rodzącej to przykład ingerencji, której personel medyczny nie konsultuje z rodzącą. *W głowie mi szumiało i czułam, że coś jest nie tak, ponieważ co chwilę podłączali KTG, zrobiło się jakieś zamieszanie. W pewnym momencie lekarz prawie „skoczył” na mój brzuch i w tej chwili poczułam, jak coś wyslizguje się z mojego wnętrza* (list3, k2). Moja mama miała podobne doświadczenie z końcowego etapu rodzenia mnie. Zapisało się to w jej pamięci jako coś bardzo nieprzyjemnego. Wątek ugniatania brzucha rodzącej przewija się przez okółporodowe opowieści jako przykład nieprzyjemnej, a nawet brutalnej ingerencji. *Ciągle przypominam sobie poród, zwłaszcza moment wygniatania dziecka przez kilka ściskających mnie do utraty tchu osób, a wspomnienie to, dotyczące sprawy tak intymnej, było tak przykre, że czułam się jak ofiara zbiorowego gwałtu* (list9, k2).

## ODKRYCIE SIŁY

W zebranych przeze mnie materiale dominuje przekaz o tym, że poród to ciężka i bolesna praca. Można jednak trafić na wątki o doświadczeniu własnej siły i wytrzymałości. *Dobrze, że mam we wspomnieniach pierwszy okres porodu, który tak pięknie przeszłam. Wtedy czułam swoją siłę i mam punkt zaczepienia na przyszłość. Muszę też powiedzieć, że w żadnym momencie ból mnie nie przerósł, nie czułam, że nie wytrzymam. Zawsze było to w granicach moich możliwości radzenia sobie – i w sobie szukałam ulgi. Raczej męczyło mnie, że to tyle trwa, że skurcze są jeszcze i jeszcze, i jeszcze. Wiem, że przy tak krótkim czasie trwania porodu to grzech tak mówić, ale cóż, tak wtedy czułam, głównie na etapie wanny* (opowieść 9<sup>186</sup>).

Odkrycie w sobie mocy, która pozwala przejść przez ten ogromny ból, sprostać wielkiemu wyzwaniu porodu, zmienia perspektywę. *Po-prosiłam o znieczulenie. Bolało mnie dosyć. Dali mi znieczulenie z tym, że nie zdążyli mi dać takiej dawki przed samym porodem, więc sam poród czułam normalnie. Chyba dobrze wspominałam poród, bo następnego dnia uznałam, że mogę następnego dziecko rodzić* (wyw3, t1).

---

<sup>186</sup> Opowieść zatytułowana *Szyjka jest jak kwiat, który rozkwita*. Niedostępna już na stronie Fundacji Rodzić po Ludzku.

## NACIĘCIA, ROZERWANIA I SZWY

Wyjście dziecka na zewnątrz nie oznacza jednak końca porodowego znoju. Często, zwłaszcza przy kobietach rodzących pierwszy raz, stosuje się nacięcie krocza. Nie będę wchodzić w powody, dla których się ten zabieg wykonuje, bo musiałbym się tu odwołać do dyskursu medycznego, podczas gdy mnie interesuje indywidualne doświadczenie rodzących.

*– Ta położna mnie pytała wcześniej jeszcze, czy ma mnie nacinać. Powiedziałam, że jeżeli się da, to nie chcę być cięta. Ona ma zdecydować. Ona będzie to kontrolowała. Dobra, jeśli się da, to będzie bez cięcia. I tak zostało. Jak się okazało, nie cięta mnie. Ale się trochę rozerwałam. I zszywali mnie. I to zszywanie było po prostu koszmarne.*

*– Bolało?*

*– Strasznie, każde wklucie. Na żywca mi to robili (wyw9, t1).*

Sam moment nacięcia nie jest kojarzony z bólem. *Weronika była wielka i oni musieli mnie naciąć, i pani mówi: „Natniemy panią”, jakimś takim skalpelem czy czymś. Pamiętam, że poczułam, jakby mnie ktoś tak drapnął, cały ten ból rodzenia w porównaniu z tym, że ktoś mnie tam naciął, to w ogóle nic (wyw5, t2).*

Podobnie o samym pęknięciu krocza większość rozmówczyń powiedziała, że nie jest bolesne. *Powiedziała, że będzie chronić krocze, ale pękło. Nic się nie czuje (śmiech). Taki jest ból party, że się nic nie czuje. Ona powiedziała, że bardzo mało mi pękło. I właśnie na to, że ona mi powiedziała, że mało pękło, to ja się zdziwiłam, że ona tak długo mnie zszywa (wyw4, t1).* W opinii wielu rozmówczyń nacięcie krocza chroni je właśnie przed popękaniem, ale zarówno w przypadku rozcięcia, jak i pęknięcia trzeba następnie krocze zszyć. We wspomnieniach niektórych rozmówczyń było to wyjątkowo bolesne przeżycie. *Położyli mi go na brzuchu. Miałam krocze szyte, właśnie jak on na brzuchu leżał, i to było najtrudniejsze doświadczenie z całego porodu. Przy Wojtku miałam nacięte krocze i jeszcze trochę pękło w szyjce macicy i w pochwie. To szycie to nie wiem, ile trwało, z godzinę, pewnie krócej, ale to był najgorszy ból dla mnie (wyw9, t2).* Dla niektórych jest to najgorsze z całego porodu doświadczenie. *Teraz jestem w ciąży z drugim dzieckiem. Chodzę do lekarza do przychodni, do innego ginekologa, będę rodzić w innym szpitalu. Mam nadzieję, że poród będzie tak samo*

„lekki” (o ile tak można powiedzieć) i szybki. Wciąż najbardziej boję się nacięcia krocza i szycia go (opowieść 8<sup>187</sup>).

W efekcie zszycia pojawia się szew mniej lub bardziej odczuwalny, pojawiają się też rozmaite związane z nim trudności. Po raz kolejny ciężarna/rodząca/położnica konfrontuje się ze zmianą zachodzącą w jej ciele. *Mam koleżanki, które mówią, że po dwóch latach dopiero przestały czuć szwy przy siedzeniu. Inne mówią, że jak są zupełnie źle zszyte, to nie mogą się wypróżnić. Koszmar. Ja w ogóle nie miałam żadnych problemów. Po tygodniu siedzieć po porodzie normalnie to rzadko się zdarza. Zdaję sobie sprawę, że miałam dużo szczęścia (wyw3, t1).* Problem z siadaniem był dość często przywoływaną konsekwencją porodu naturalnego. *Pomijając już dolegliwości typu, że to wszystko bolało, że były kłopoty z załatwieniem. Podobno nie wszystkie kobiety doświadczają tego, że nie można nawet przysiąść. Ja byłam mocno pokancerowana albo po vacuum<sup>188</sup>, albo po tej drugiej fazie porodu. Usiąść na czymkolwiek to był dla mnie strasznie duży problem, nawet na boku (wyw12, t2).*

W konsekwencji szycia, oprócz samej obecności szwu i trudności z siadaniem, mogą pojawić się kolejne komplikacje. *Ja po kilkugodzinnym szyciu nie byłam w stanie siedzieć. Dostałam gorączki trzydzieści dziewięć stopni Celsjusza (list5, k2).* Część rozmówczyń doświadczyła problemów z gojeniem się rany po zszyciu. *Po pierwszym porodzie to w ogóle miałam problem z tym, żeby usiąść normalnie. Po Asi, po porodzie, od razu usiadłam, prawie nic nie czułam. Po Wojtku miałam problem z tym, żeby usiąść. Bardzo mnie wszystko bolało. Jeszcze ziarnina mi się zrobiła w tym szwie i około drugiego miesiąca zaczęła podkrwawiać (wyw9, t2).* Inne potrzebowały dużo czasu, aby zaleczyć ranę. *Po tym jak wróciłam ze szpitala, musiałam się tam cały czas jeszcze leczyć. Cały czas ta rana się jątrzyła. Nie mogłam chodzić, siedzieć. Siadałam dopiero po miesiącu. Cały czas karmiłam na leżąco. Byłam pokiereszowana okropnie (wyw3, t2).* Jedna z rozmówczyń przyznała, że blizna po szwie szpeci jej ciało. *To, że źle pozszywali, to po prostu estetycznie brzydko wygląda, prawda? Są tam jakieś narośla i po prostu brzydko to zrobili (wyw3, t2).*

---

<sup>187</sup> Opowieść zatytułowana *Wiem teraz dużo więcej*, już niedostępna na stronie Fundacji Rodzić po Ludzku.

<sup>188</sup> Poród wspomagany próżnością.

Tego rodzaju bolesnych konsekwencji nie doświadczają osoby po cesarskim cięciu. *Powiem szczerze, że byłam przez moment zadowolona, że mnie ominęło to, że Zosia nie wychodziła drogami rodnymi. Bo jak patrzyłam na te panie, które nie mogą usiąść czy w ogóle jakoś tak chodzą superostrożnie, to ja sobie pomyślałam, że się cieszę, że mogę normalnie siedzieć, że nie muszę się zastanawiać, jak to zrobić (wyw10, t1).* Po cesarskim cięciu także zostaje trwały, widoczny znak na ciele – szew, blizna. *Zrobili mi ją nisko. Jest schowana pod włosami. Około dziesięciu centymetrów. Więcej chyba nie ma. Jest poprzecznie, nie wzdłuż brzucha. Nie widać. Spokojnie można w kostium kąpielowy się ubrać (wyw2, t1).* Taki szew również może powodować ból. *Ten szew strasznie ciągnął. One mi tam powiedziały, jak najlepiej wstać. Z balkonikiem, tak opierając się na nim, jakoś przeszłam. Ale później już z dnia na dzień ten szew coraz mniej mnie ciągnął. Wiadomo, że nie mogłam tak sobie wstawać hop-siup (wyw10, t1).* I w tym przypadku rozmówczynie doświadczyły bólu związanego z jątrzącą się raną. *Bolało mnie strasznie. Kiepsko mi się goiło. Pogorszyła położna, położna środowiskowa, która przyszła. Jakoś w pierwszym tygodniu przychodziła czy w drugim. Zbadała tą ranę i powiedziała: „Trzeba przemywać spirytusem”. Ja przemywałam ją spirytusem i okazało się, że cała ta rana mi rozmokła i zaczął się sączyć z niej jakiś płyn. Okazało się, że pogorszyłam sprawę. Wylądowałam znowu w szpitalu (wyw8, t1).* Szew to też forma przypomnienia i zapewnienia o ciąży. *Mam tylko szew i dla mnie to jest pewna tego, że byłam w ciąży, że mam ten szew (wyw9, t2).*

Część rozmówczyń doświadczyła strachu przed tym, że założony szew rozejdzie się podczas czynności fizjologicznych lub aktywności seksualnej. *Jak siadałam na sedesie, to bałam się, pośladki wpychałam sobie w sedes, żeby mi się nie rozszerzyło. No człowiek głupi, ja mówię. Oni to zszywają, wiadomo, że to się nie może rozpaść pod wpływem tego, że ja siadam, ale ja tego nie wiem, a poza tym jeżeli wiem, to i tak robię zupełnie co innego, więc ja ścisikałam to, o tak! A załatwić się to już była tragedia, bo to trzeba przec i od razu mi się wydaje, że te szwy popękają pod tym naporem. Ale jakoś nic nie popękalo, wszystko było w porządku. Coś jest w psychice, że a może się rozejdą te szwy. Taka głupota ludzka, bo wiadomo, że nic tam się nie stanie. Zawsze mówię: „Ojej, delikatnie” (w trakcie uprawiania seksu – DD). Nie tak jak kiedyś, człowiek nie patrzył na nic, tylko jazda (wyw8, t2).*

Jak wskazują relacje niektórych rozmówczyń, pęknięcie krocza, a czasem nawet jego rozerwanie, to na długo pozostające w pamięci doświadczenie. *Dlatego też kobiety czują bardzo duży dyskomfort po samym porodzie, jeśli chodzi o oddawanie stolca. Ma się wrażenie, że to zaraz rozerwie to miejsce, które dziecko przeszło. To jest identyczne uczucie* (wyw3, t2). U innych pojawił się strach przed rozejściem się szwu po cesarskim cięciu. *Ja miałam wrażenie, że mi puści ten szew i całe trzewia, wszystko ze mnie wyleci przez tę dziurę. Wydawało mi się, że to jest wielka dziura. Nie mogłam jeszcze zobaczyć, bo brzuch trochę nawisał na tym szwie. Miałam wrażenie, że zaraz ze mnie wyleci wszystko* (wyw10, t2).

## MACICA

Innego rodzaju zmianą w ciele, będącą konsekwencją ciąży, jest obkurczająca się macica. W ciągu około 6 tygodni od porodu macica powraca do poprzednich rozmiarów. *To już nie jest bolesne, ale jest takie nieprzyjemne, bo później przez kilka dni, zwłaszcza podczas karmienia, odczuwasz skurcze macicy* (wyw5, t1). U części rozmówczyń obkurczająca się macica powodowała ból.

– *To strasznie boli. Za jednym i za drugim razem musiałam brać ciągle przeciwbólowe leki. Nie do wytrzymania ból jest. Wszystko boli w środku. (...) ona się obkurcza, nie? Takie dziecko duże, teraz trzeba się skurczyć.*

– *A czy ten ból jest na przykład podobny do tych skurczów porodowych?*

– *Tak, coś takiego, tylko że wtedy się jest w lekkim szoku, jak się rodzi, no i wiadomo po co. A teraz nie wiadomo już po co, a boli* (wyw7, t1).

W okresie połogu macica musi się zwinąć i oczyścić z tak zwanych odchodów poporodowych zawierających krew, skrzepy, śluz i fragmenty nabłonka.

– *Jak się zszyje kobietę, to jeszcze wszystko leci z ciebie.*

– *Długo z ciebie leciało?*

– *Nie zastanawiałam się tak nad tym, ale leżałam tak ze dwie godziny, to jeszcze to miałam. To schodzi, wiesz, wtedy miałam jeszcze pampersy dosyć długo. Około tygodnia, leci ta krew jeszcze tydzień* (wyw6, t2).

To poporodowe krwawienie przez część rozmówczyń zaliczane jest do nieprzyjemnych doświadczeń. *Ciągnęła mnie rana pooperacyjna, do-*



*póki mi nie zdjęli szwów. To raz, a dwa – sączyło mi się z rany. To takie normalne zjawisko, natomiast nieprzyjemne. Bez przerwy musiałam sobie coś tam podkładać. Musiałam stosować swoje metody. Uspokoilo się po jakichś trzech tygodniach dopiero (wyw2, t2). Dla niektórych jest to doświadczenie trudne do zaakceptowania ze względów estetycznych. Ten śluz w wannie, który ze mnie jeszcze wypływał po porodzie, jakoś cały czas tak... To jest inne, nie jak kiedy masz okres. Nie potrafię tego opisać, ale to jest ciemne i brzydkie. Masz wrażenie, że z ciebie cały czas jeszcze jakieś złogi się wydostają. Nie byłam tego świadoma, że tego jest aż tyle i tyle trwa. (...) Widzisz, ja jednak w ogóle o tym nie pamiętałam, dopiero teraz mi się przypomniało, czyli to było takie doświadczenie niezbyt fajne, ale wyparte. Nie mogłam się kąpać, tylko prysznic, i czułam się brudna. Poród się skończył, ale jeszcze po nim takie pozostałości, tak jakby jeszcze trwał (wyw5, t2).*

## ZMIANY

Ciąża i poród w różny sposób naznaczają ciało, odciskają się na nim i w nim, pozostawiają mniej i bardziej trwałe ślady. Dla części rozmówczyń tą trwałą zmianą są powiększone w stosunku do czasu sprzed ciąży rozmiary. *Nie jest to już takie ładne ciało nastolatki. To mi się nie podoba. Widać po prostu upływający czas i to, że ono było rozciągnięte i jest teraz inne. A poza tym zawsze byłam bardzo, bardzo szczupła. Nosila rozmiar trzydzieści sześć i na mnie wszystko wisało. A po porodzie, jak nosila czterdzieści dwa przy dobrym wciągnięciu brzucha, to jest jednak szok (wyw2, t1). Utrzymujący się po porodzie „brzuszek”, rozciągnięte mięśnie i większa waga ciała to bardzo często wymieniane konsekwencje ciąży i porodu. To ciało już nie jest takie jędrne. Niestety piersi są już takie byle jakie, brzuch jest taki sklapciały, na udach się cellulit pojawił, czego nigdy w życiu nie doświadczałam. Generalnie się zrobiłam większa. Taki urok, nie? Trzeba zapłacić, ale nie za bardzo jeszcze zaakceptowałam ten fakt, że nie wyglądam tak jak kiedyś (wyw3, t2). Poporodowy brzuch może zaskoczyć swoją nową formą. Z przodu taka torba jak u kangura. Nie wiadomo, co z tym zrobić. Ta torba się zmniejszała tak z miesiąc, bo macica się kurczyła, kurczyła, i ta torba też się zmniejszała, i jakoś*

*doszło do normalności. To jest szok. Nie spodziewałam się tego. Patrzałam na inne dziewczyny, to one miały tak jakby brzuchy wypięte, a ja miałam taką na dole torbę kangura (wyw5, t2).*

*W efekcie tych związanych z ciałem doświadczeń zmianie ulec mogą oczekiwania względem swojej cielesności. Nie wiem, czy to jest związane z ciążą, ale na pewno z wiekiem, mianowicie to, że mam do siebie większy dystans i mniej od siebie wymagam. Więc kiedyś jakieś tam odchudzanie; uważanie, że włosy na rękach to jest coś tak paskudnego albo defekty typu lekki brzuszec, paraliżujące wręcz. Wiadomo, różne są w młodości przypadłości. A teraz jest tak, że wiadomo, że fajnie jest czasami fajnie wyglądać, ale ta fajność nie polega na tym, żeby być perfekcyjnym. Czyli pogodzenie się z tym, że ideał nie istnieje (wyw1, t1). Na skutek ogromu nowych doświadczeń może pojawić się dystans do rygorystycznych norm nakładanych na ciało. No na pewno taki większy dystans do swojej cielesności. I to ciało to jest fajnie, że jest. Jest wspaniałe, ale jest wspaniałe dlatego, że w ogóle jest, a nie że jest jakieś (wyw1, t1). Pojawia się też świadomość zmienności własnego ciała. I w ogóle jest dziwnie z piersiami, bo jak karmiłam na początku, miałam rozmiar D. Tak jak z brzuchem: one mi się zwiększały i zmniejszały, a potem się zrobiły takie malutkie. To też takie dziwne doświadczenie było, że pewne części ciała się dostosowują. One nie zależą od ciebie, tylko od dziecka. Dziecko jest, to są większe, dziecka nie ma, są mniejsze. Poczucie, że jestem taka rozciągliwa, to fajne (wyw5, t2).*

*Przeżycie wszystkich opisanych doświadczeń uzmysławia, jakie możliwości ma ciało. Na pewno, jeśli chodzi też o fizyczność, zmieniła (ciąża – DD) moje podejście do bycia kobietą. Teraz już jestem taką prawdziwą kobietą. Oczywiście to jest taki stereotyp, ale rzeczywiście tak się trochę czuję, że mogę urodzić dziecko, że mogę donosić, że mogę urodzić, że mogę nakarmić, wykarmić. Takie czysto biologiczne zachowania, to na pewno (wyw8, t1). Niektóre osoby mówiły wręcz o tym, że w jakimś sensie doświadczyły zniszczenia na poziomie cielesnym. W naszym ciele nosimy kogoś, na początku coś, potem kogoś, i są dla nas jakieś konsekwencje tego noszenia. Są mniej lub bardziej widoczne, bolesne dla kogoś, bo wiadomo, że to ciało się zmienia. Ono tam potem jakoś wraca do siebie. Już nie jesteśmy takie same. I dla niektórych to jest wielkie poświęcenie. Zdewastować się, jakoś tam zdeformować się na jakiś czas nawet, prawda? (wyw1, t1).*

## PAMIĘĆ O PRZEŻYTYM PORODZIE

Kilka rozmówczyń doświadczyło czegoś, co określiłam „pamięcią ciała”. Dotyczy to sytuacji, gdy mimo że ciąża i poród odbyły się już jakiś czas temu, to ciało w uporczywy i zaskakujący sposób o tych wydarzeniach przypomina. *Przez pierwszy czas po porodzie w ogóle o tamponach nie mogło być mowy, mimo że nie rodziłam kanałem rodnym. Chciałam używać tamponów. Nie byłam przyzwyczajona, żeby z podpaską chodzić. Lubiłam, kiedy nic mi nie przeszkadza. Ale nie, nie mogłam. Sprawiało mi to ból po prostu (wyw2, t1).* Pamięć o opisywanych doświadczeniach może się przechować w pozornie błahych czynnościach. *A później, kiedy starałam się, żeby nie zająć w ciążę przypadkiem za wcześnie i mąż mnie głaskał po brzuchu, od razu kojarzyło mi się to z ciążą. I w ogóle zabraniałam mu przez jakiś czas dotykać swojego brzucha, bo mi się wydawało, że tam będzie dziecko. Potem mi przeszło (wyw2, t1).*

Pamięć o przeżytym porodzie może również uobecniać się w traumatyczny sposób. Poniższy cytat pochodzi z opowieści kobiety, która nie mogła wyprzeć dziecka i ostatecznie lekarz zdecydował o użyciu próżnościagu.

*– Przez jakiś czas miałam uczucie parcia, dosyć długi po porodzie. Nie wiem, czy to są jakieś hemoroidy wewnętrzne? Ciężko mi powiedzieć, bo nikt nie jest w stanie na to pytanie mi odpowiedzieć. Jakoś nie miałam szczęścia do ginekologów. Być może to była ta pamięć ciała, bo to trwało prawie do roku. To było bardzo dokuczliwe, bardzo męczące. Byłam z tym u lekarza. Zignorował to totalnie, więc sobie odpuściłam.*

*– Odczucie parcia, tak?*

*– Tak, bardzo nieprzyjemne. Straszne uczucie tak naprawdę. To nie jest tak jak parcie, że się chce do toalety, że się chce kupę zrobić czy cokolwiek, tylko to jest parcie całego organizmu tak, jakby się chciało coś wypchnąć ze środka. Nigdy wcześniej nie miałam takich problemów. Nie miałam hemoroidów ani żadnych takich zmian, które mogłyby powodować tego typu odczucia (wyw12, t2).*

Wspomnienie innej rozmówczynie dotyczy doświadczenia bólu, którego nie wiązała ona jednak z porodem, ponieważ odbył się on przez cesarskie cięcie.

*– To nie było psychiczne, bo ja nie miałam blokady psychicznej. Po prostu nie mogłam, że tak powiem, swobodnie kochać się z mężem bez*

*myślenia o tym, że mnie boli. Czasami te bóle były, jak ja się poruszałam, siadałam.*

*– I one ustąpiły, nie wiem, bez żadnych ingerencji lekarskich?*

*– Ustąpiły, tylko że po dłuższym czasie (wyw2, t1).*

Część opisanych powyżej doświadczeń, oznaczonych przeze mnie kategorią pamięci ciała, można powiązać z kategorią niedoświadczanej wewnętrznosci autorstwa Paula Ricoeura. Filozof wskazuje na to, że tylko z pewnymi częściami ciała doświadczamy bezpośredniego związku (ręka, noga, oko itd.). O części organów możemy stwierdzić, że do nas przynależą tylko w efekcie analizy. Tu za przykład Ricoeur podaje mózg. Sądzę, że kategorią niedoświadczanej wewnętrznosci objąć też można macicę, choć akurat jej przynależność do danego ciała nie musi być stwierdzona tylko na podstawie analizy. Obkurczanie się macicy uobecnia ją samą. Doświadczenie rozmówczyni przedstawione w cytacie z dwunastego wywiadu też zapewne można uznać za przykład niedoświadczanej na co dzień, w typowych sytuacjach wewnętrznosci, która ujawniła się w intensywny i zaskakujący sposób. Kategorię pamięci ciała jedynie sygnalizuję, ponieważ zebrany materiał nie pozwala na pogłębioną i szeroką analizę tego przeżycia, które wydaje mi się niezwykle ciekawe i warte odrębnego badania.

## PIERŚ KARMIĄCA

**B**ardzo ważną, w większości pożądaną zmianą w ciele jest laktacja<sup>189</sup>. Karmienie piersią, choć uważane dziś za coś oczywistego, na przestrzeni wieków obłożone było różnymi, zmieniającymi się znaczeniami. Żeby prześledzić historię karmienia piersią, trzeba zacząć od tego, że do drugiej połowy XVIII wieku koncepcja rodziny znacznie różniła się od tych współczesnych, w tym tej opartej na więzach czułości i zażyłości między rodzicami i dziećmi<sup>190</sup>. To Jan Jakub Rousseau w *Emilu* stworzył podwaliny nowej koncepcji rodziny, opartej na miłości macierzyńskiej. Wcześniej zalecano matkom utrzymywanie chłodnej postawy względem dzieci, a karmienie piersią uznawano za śmieszne, obrzydliwe i niestosowne poprzez konieczność ciągłego wyciągania piersi. W związku z tym poglądem porównywano kobietę karmiącą do „mlecznej krowy”.

## KONCEPCJA MIŁOŚCI MACIERZYŃSKIEJ

Jak zostało to już wspomniane w rozdziale *Ciało społecznie uformowane*, w czasach poprzedzających pojawienie się nowej koncepcji macierzyństwa powszechne było oddawanie dzieci do wykarmienia mamkom. Wśród arystokracji bardzo starannie dobierano kobiety, do których odsyłane były dzieci. Stopień staranności wyboru malał wraz z zamożnością przedstawicieli i przedstawicielek kolejnych społecznych klas, co przekładało się dalej na jakość opieki nad dzieckiem. Jak przytacza Élizabeth Badinter, francuska filozofka i historyczka, dzieci oddawane na wykarmienie do chłopek cierpiały z powodu niedożywienia, chorób oraz braku podstawowego zainteresowania ich losem, ale brak zainteresowania rodziców własnym dzieckiem charakterystyczny był dla wszystkich klas społecznych.

Pod koniec XVIII wieku zaszła radykalna zmiana w podejściu do dzieci i macierzyństwa. W licznych publikacjach zaczęto zachęcać

---

<sup>189</sup> Niektóre kobiety jeszcze przed urodzeniem dziecka decydują, że nie będą karmić piersią. Żadna z moich rozmówczyń nie podjęła takiej decyzji.

<sup>190</sup> É. Badinter, *Historia miłości macierzyńskiej*, przeł. K. Choński, Warszawa 1998.

matki do tego, by osobiście zajmowały się dziećmi oraz by same karmiły je piersią. Aby przekonać kobiety do nowej roli matki, moralisci, urzędnicy i lekarze uciekali się do najrozmaitszych argumentów. Zdaniem Badinter trzeba było aż trzech różnych dyskursów do rozpropagowania „miłości macierzyńskiej”: dyskursu ekonomicznego, filozoficznego i dyskursu pośredników. Dyskurs ekonomiczny związany był z kategorią demografii; filozoficzny czerpał z idei egalitarystycznych i związanych z osiągnięciem szczęścia indywidualnego; trzeci z kolei dyskurs – pośredników – skierowany był wyłącznie do kobiet, które uznano za współodpowiedzialne za wychowywanie społeczeństwa, a przede wszystkim za tworzenie dobrego środowiska życia dla własnych mężów i dzieci. Jednym z ważniejszych elementów tego dyskursu był powrót do natury, który miał się między innymi realizować w karmieniu własnych dzieci piersią. Piersi w tym dyskursie nie pełniły funkcji erotycznych, tylko służyły wykarmieniu potomstwa. Niekarmienie piersią uważane było za sprzeniewierzenie się naturze, a zatem za moralnie i fizycznie szkodliwe. Kobiety, które nie podporządkowywały się tym nowym obyczajom, uznawane były za zepsute przez społeczeństwo. Za wzór stawiano im kobiety pierwotne, samice zwierząt albo, jak przytacza Badinter, nawet rośliny.

Powstały w XVIII wieku nowy wzór matki przez następne dwa stulecia nabierał bardziej wyrazistego charakteru. Za jeden z pierwszych przejawów zmian w postawach macierzyńskich Badinter uznaje rzeczywistą chęć karmienia własnego dziecka. Stopniowo ugruntowywało się przekonanie, że opieka i miłość matki są niezastąpione. Wraz z tym zmieniały się relacje między matką a dzieckiem, także z powodu uwolnienia niemowlęcia z grubego pancerza powijaków, które nie dawały wcześniej szansy na czułość i dotyk. To zaczątki przedstawianej dziś jako jedna z ważniejszych więzi cielesnej między obojgiem. „Matczyne pieśczęty, swoboda ciała i czyste pieluszki są nowym świadectwem miłości do małego dziecka”<sup>191</sup>. Argumentem wspierającym nowe obowiązki matki było stwierdzenie, że kobieta zachowała w sobie więcej niż mężczyzna pierwiastków zwierzęcych, w związku z czym na wzór samic różnych gatunków zdolna jest do wielu poświęceń na rzecz swojego potomstwa.

---

<sup>191</sup> Ibidem, s. 148.

## KARMIE NIE PIERSIĄ DZIŚ

Na końcu książki Badinter zastanawia się, jakie są współcześnie powody, dla których tak wiele kobiet decyduje się na karmienie piersią. „Podczas gdy w XVIII wieku karmienie piersią przez matkę było niezaprzeczalnie przyczyną zwiększania się szans dziecka na przeżycie, a więc obiektywnym dowodem miłości, dzisiaj nie jesteśmy w stanie dojść, czy matka karmi dziecko piersią, by zarówno jemu, jak i sobie sprawić przyjemność, czy może, by uśmierzyć swój niepokój”<sup>192</sup>.

Analizując współczesny dyskurs karmienia piersią, dostrzec można na pierwszym miejscu skoncentrowanie wokół korzyści, jakie z tej czynności mogą czerpać i matka, i dziecko. Podkreśla się walory odżywcze i ochronne dla dziecka (pokarm matki zawiera wszystkie potrzebne dziecku składniki odżywcze oraz przeciwciała chroniące noworodka przed licznymi chorobami), a także korzyści dla matki, gdyż karmienie piersią między innymi zmniejsza ryzyko poporodowych krwawień czy też przyczynia się do zrzucania zbędnych, nabytych w czasie ciąży kilogramów. Jako kolejną ważną zaletę karmienia naturalnego wymienia się możliwość nawiązania specyficznej więzi między matką a dzieckiem. W ulotce Narodowego Funduszu Zdrowia, przygotowanej na tydzień promocji karmienia piersią, przeczytać można: „Karmienie piersią sprzyja powstaniu więzi między matką i dzieckiem. Matka karmiąca jest spokojniejsza, łatwiej sobie radzi z trudami macierzyństwa, na co duży wpływ ma hormon regulujący laktację – prolaktyna, który nastraja łagodnie i czule”<sup>193</sup>. Z przeprowadzonych przeze mnie badań nie wynika jednak tak jednoznaczny wniosek.

Wśród moich rozmówczyń znalazły się zarówno prawdziwe entuzjastki karmienia, jak i kobiety zniechęcone do karmienia piersią i mające w tym zakresie bardzo negatywne doświadczenia. Dominujący dyskurs karmienia piersią wskazuje głównie pozytywne jego strony i nie przygotowuje kobiet na różnego rodzaju trudności, które mogą je czekać niezależnie od osobistego nastawienia. Szkoły rodzenia, specjalistyczne czasopisma, programy w telewizji namawiają kobiety do karmienia

---

<sup>192</sup> Ibidem, s. 252.

<sup>193</sup> [http://www.nfz-katowice.pl/dokumenty/8/stronaGW\\_03082018.pdf](http://www.nfz-katowice.pl/dokumenty/8/stronaGW_03082018.pdf) (dostęp: 14.11.2023).

piersią, w związku z czym matki, które z różnych powodów nie mogą na te wezwania odpowiedzieć, czują się złymi matkami. To negatywne odczucie wzmacnia presja na to, by karmić dziecko piersią, często za wszelką cenę. Zdaniem Joanny Pietrusiewicz, prezeski zarządu Fundacji Rodzic po Ludzku, mamy do czynienia z trendem przeciwnym. Namawia się kobiety do karmienia dzieci butelką, jeśli tylko natrafią na trudności w karmieniu piersią<sup>194</sup>.

Przeprowadzone rozmowy, przeanalizowane listy i wpisy internetowe pokazały, jak zróżnicowane jest doświadczenie karmienia piersią, a co za tym idzie – jak różne są wobec niego postawy. Różne, czasem diametralnie, jest także podejście kobiet do karmienia piersią, samego mleka oraz własnego ciała. Nie zaprezentuję tu wszystkich możliwych stanowisk, ale skupię na tych związanych z doświadczaniem różnych trudności, aby ukazać, z jakimi wyzwaniem mierzą się kobiety po porodzie.

## RELACJE KOBIEC

W części zebranego materiału trafiłam na relacje o okupionych bólem początkach karmienia piersią. *Szpital oferował jakąś żółtą maść na bolące brodawki... zamiast fachowej porady, ale był to specyfik, który tylko pogarszał sprawę, bo wżerał się w delikatną skórę, a zmywanie jego przed każdym karmieniem (!) było bolesnym doświadczeniem. Tak samo cierpiała także moja koleżanka z sali. Karmiłyśmy ze łzami w oczach, momentami jęcząc z bólu lub zaciskając zęby. Mama, chcąc mi pomóc, kupiła specjalne silikonowe nakładki na brodawki, ale wynalazek ten tylko pogorszył ból, a krew lała się jeszcze mocniej (list21, k2).* W kolejnym wspomnieniu bolesna okazuje się interwencja położnej. *Miałam wrażenie, że nie mam nic w piersi. Jak tam mi położna przycisnęła, ścisnęła, że o mało co oczy mi tam z orbit wyszły, to coś poleciało, więc ona wyszła z założenia, że coś mam (wyw9, t1).* Zaciskanie zębów i lecące z oczu karmiącej łzy to nieodosobnione doświadczenie. *Onssał, ale nie umiał do końca. Ja nie umiałam go przystawić. Miałam pogryzione brodawki*

---

<sup>194</sup> <https://www.ofeminin.pl/swiat-kobiet/to-dla-nas-wazne/fundacja-rodzic-po-ludzku-osiagniecia-jakie-sa-prawa-na-porodowce/p3j8pb5> (dostęp: 14.11.2023).



*tak, że z zaciśniętymi zębami i ze łzami w oczach go karmiłam. I on płakał pewnie przez to, że był głodny. Później dopiero podjęto decyzję, żeby go dokarmiać i to troszkę zmieniło sytuację. On zaczął spać, więc już było trochę lepiej (wyw8, t1).* W poniższej relacji szczególnie zwraca uwagę opis wyrywania dziecku piersi i odrywania go od niej. *Dobra, dam jej jeść. Niestety nie było to takie proste, dziecina darła się w niebogłoty i za nic nie dawała przystawić się fachowo do piersi. W końcu wepchnęłam jej pierś do buzi, zabolalo, zapiekło. Dziecko znowu z zapalem zaczęło ssać. Zacisnęłam zęby. Łzy popłynęły mi z oczu. „Nie wytrzymam, muszę ją oderwać” – powiedziałam. „No nie wiem” – odpowiedział niepewnie Adam. Ale ja nie wytrzymam, wyrwałam dziecku pierś (list8, k1).*

Częstym problemem w pierwszych tygodniach karmienia są pogryzione przez dziecko brodawki. Tę niezwykle delikatną część kobiecego ciała bezzębny noworodek potrafi rozgryźć do krwi. *Dodatkowo lekarz pediatra stwierdziła, zobaczywszy moje brodawki pogryzione, że w ogóle nie powinnam karmić, bo jak dziecko będzie wymiotowało krwią, to nie będzie wiadomo, czy to z jego powodu, czy jemu coś dolega, czy to z powodu pogryzionych brodawek (wyw8, t1).*

W relacjach niektórych kobiet każdorazowe przystawianie do piersi było prawdziwą walką ze sobą. *Nie wiem, co on robił, bo nie miał zębów. Robił mi takie krwiaki. I jak myślałam, że za trzy godziny przyjdzie ten czas, że muszę go nakarmić, to był to czas naprawdę nieprzyjemny. Z całej ciąży i porodu to była najgorsza rzecz (wyw3, t1).* Wiele kobiet w takiej sytuacji decyduje się na laktator, czyli mechaniczne odciąganie pokarmu. *Ja po prostu w tych boleściach odciągałam pokarm. Już byłam tak zestresowana i w ogóle. Tak już miałam dość. Mały nie chciał spać, a ja próbowałam odciągać i mi się nie udawało. Nie odciągnęłam w ogóle w szpitalu mleka (wyw8, t1).* Stres spowodowany całkowicie nową sytuacją życiową, społeczne oczekiwania nałożone na świeżo upieczoną matkę oraz osobiste pragnienie zaspokojenia potrzeb swojego dziecka i nakładająca się na to wszystko sytuacja szpitalna stanowią w wielu wypadkach zbyt duże wyzwanie. Czasami kobiety rezygnują z karmienia piersią już na etapie szpitala.

Kobiety, dla których karmienie nie stanowi problemu, mogą się mierzyć z wyzwaniem nadmiaru pokarmu. *Ja mlekiem to tryskałam po ścianach (wyw2, t1).* Inna rozmówczyni z kolei wyciskała je sobie z piersi. *Położna przynosiła nam ligninę. Byłyśmy na sali czteroosobowej, akurat*

urodziłyśmy chyba wszystkie w jednej dobie, jedna chyba wcześniej urodziła. I tam, przepraszam, jak te krowy dojne siedziałyśmy i w ligninę wyciskaliśmy to mleko. Nie chodzi mi o grubiańskie określenie tego, co się działo, tylko o samą procedurę, fizyczne wykonywanie ruchów wypuszczania z siebie mleka (śmiech) (wyw10, t2). Nieprzyzwyczajone do nowej funkcji piersi reagują często w początkowym okresie tak zwanym nawałem mlecznym<sup>195</sup>, co objawia się bolesnym, nagłym nabrzmieniem. *Dawały mi panie dobre rady, usiłowałam je stosować, ale ciężko mi było. I ona mi z jednej piersi trochę piła, więc do jednej piersi ją przystawiałam. A druga w trzeciej dobie po prostu zrobiła mi się jak kamień. Koszmar. Położna powiedziała, żebym okłady sobie robiła gorące, właśnie kupić laktator, ściągać ten pokarm* (wyw9, t1). W opinii kobiet piersi mogą w tym czasie osiągnąć ekstremalną nabrzmiałość. *Wreszcie nadszedł taki moment, jakim jest nawał pokarmu. Tylko zazwyczaj to się odbywa w szpitalu, ale tutaj trochę później. Po prostu któreś nocy się obudziłam i tak nie za bardzo wiedziałam, co ze sobą zrobić. Miałam piersi pod brodą prawie* (wyw10, t1).

To przystosowywanie się piersi do nowej roli jest bolesne również z powodu zapaleń, przez jakie przechodzi część kobiet. *Pierwszego czy drugiego dnia po powrocie do domu czułam się coraz gorzej, miałam temperaturę, też mnie bardzo bolały. Jakieś okłady z kapusty, ale to jest fikcja przy takim stanie zapalnym. Próbowałam jakiś antybiotyk. (...) Koleżanka z pracy przyjechała, wsadziła mnie w samochód i zawiozła do szpitala na Bielany, i tam mi wyciskali na siłę pokarm. Bolało, bardzo bolało. Udrożniła mi te kanały. Powiedziała, że takich piersi to jeszcze nie widziała, jak tam pracuje kilkanaście lat. No ale jak już to zaczęła, to nie miało znaczenia, bo tak bolało, że wszystko jedno* (wyw12, t2). W pierwszym okresie od porodu może też przydarzyć się sytuacja zaniknięcia pokarmu. *Miałam – to się w Czechach nazywa laktacjni krize<sup>196</sup> – czyli kryzys laktacyjny, co zdarza się po drugim miesiącu karmienia od porodu, że po prostu ustaje mleko. I ustalo* (wyw6, t1).

Część kobiet doświadcza społecznej czy rodzinnej presji związanej z karmieniem piersią. Oczekuje się od młodych matek, że bez względu

---

<sup>195</sup> Gwałtowne zwiększenie ilości wytwarzanego pokarmu pojawiające się zazwyczaj między drugą a szóstą dobą po porodzie, które powoduje obrzmiałość i bolesność piersi.

<sup>196</sup> Ta rozmówczyni w czasie ciąży, porodu i pierwszych lat życia dziecka przebywała w Czechach i stąd czeska terminologia medyczna.

na ich indywidualną sytuację będą to robiły. *Jak dałam mu butelkę, naprawdę odetchnęłam. I odstawiłam ten laktator. Nie chciałam na to patrzeć i poczułam taką ulgę. Cały czas miałam poczucie winy, że nie karmię, że jestem złą matką i że wszyscy się na mnie tak patrzą kątem, że ja nie karmię piersią. Gdzie poszłam z tym swoim dzieckiem, z Jasiem: „A karmisz piersią?”. A ja: „No nie”. I wiesz, tak próbowałam nadrobić minę. Na przykład koleżanki spotkałam – takie mam dwie psiapsiuły – spotkałam na placu zabaw. One sobie karmią, a ja z tą butelką. Takie miałam poczucie winy. Taka się czułam gorsza (wyw4, t1).* Zdaniem tej rozmówczynie istnieje ogromna presja społeczna na to, żeby karmić dziecko piersią, dlatego kobiety robią wszystko, by temu oczekiwaniu sprostać. *Mam drugą koleżankę, która karmiła przez trzy miesiące. Potem poszła do pracy, a trzy miesiące karmiła, miała dużo pokarmu i wszystko było dobrze. A przez to, że poszła do pracy, cały cykl został zaburzony. Ściągała i w pewnym momencie ten pokarm zaczął zanikać. Jak ona to przeżyła! Rany! I po prostu dramat w domu był. Ja wiem, co ona przeżywała. Ona do mnie dzwoniła: „Jestem złą matką” (wyw4, t1).*

Z wywiadów wynika, że uznaną za złą matkę można być również wtedy, gdy się za długo karmi. *W pewnym momencie, jak już minęło te półtora roku, to zaczęłam odczuwać presję ze wszystkich stron, żeby dziecko odstawić od piersi. To jest coś nienormalnego. Odczuwałam taką presję i pomyślałam, że to jest bardzo niesprawiedliwe. Nie jestem alkoholiczką, nie biorę narkotyków, nie palę przy tym dziecku, a wszyscy mnie traktują z takim przekąsem, bo ja tak długo karmię. Jakby to jakaś zbrodnia była (wyw7, t2).*

Przytoczone wypowiedzi nie potwierdzają potocznej opinii o tym, że karmienie piersią to cudowny czas dla każdej matki. Może taki być, ale nie jest to przecież regułą. Dla części kobiet karmienie piersią jest niezwykle bolesnym doświadczeniem, zwłaszcza na początku, kiedy bywa okupione łzami i każdorazowym zaciskaniem zębów. U niektórych wiąże się z koniecznością przełamania wstydu. *Było tak, że znajomi przychodzili do szpitala: mój tata, mój ojczym. Tak mi troszeczkę było wstyd, że to karmienie nie było dla mnie takie naturalne, że musiałam te piersi wywalać na zewnątrz. Teraz to się nie wstydzę zupełnie (śmiej) (wyw4, t1).* Problem z poczuciem wstydu może zniknąć w miarę upływu czasu i nabywania przeświadczenia o naturalności tej czynności. *Ja, owszem, karmiłam (publicznie – DD) i nadal karmię prawie dziesięć miesięcy, nie*

*miałam i nie mam żadnych oporów, w końcu to cycek nie z podtekstem erotycznym, tylko karmiący, a jak się komuś nie podoba, to niech nie patrzy, choć nie wiem, czy to komuś może przeszkadzać, przecież jest to zupełnie naturalne i normalne. W końcu jesteśmy ssakami* (nowamz, Forum GW). Wypowiedź ta, mimochodem, pokazuje ukrytą ambiwalencję. Z jednej strony karmienie piersią jest normalne, a z drugiej – wymaga ukrycia, bo może stanowić problem dla postronnych obserwatorów.

Piersi uznawane są powszechnie za jeden z atrybutów kobiecości. Uchodzą ponadto za wyznacznik atrakcyjności. Skupiają uwagę erotyczną zarówno mężczyzn, jak i kobiet. O tym, jak ważny to aspekt kobiecości, świadczy duża popularność operacji plastycznych powiększających biust, wybór staników, które swoją formą mają przydawać piersiom atrakcyjności, mnóstwo kosmetyków, które tę atrakcyjność mają pielęgnować, a także publikowane w kobiecych poradnikach i pismach zestawy ćwiczeń na jędrny biust. Na drugim biegunie, zgodnie z potocznym wyobrażeniem, znajduje się pierś karmiąca, której podstawowym zadaniem jest wykarmienie niemowlęcia. Co ciekawe, te dwa pola skojarzeń wcale nie są tak bardzo rozdzielone w codziennej praktyce, co pokażą przytoczone przeze mnie w dalszej części fragmenty rozmów.

## WSTRĘT

Przy omawianiu doświadczeń związanych z karmieniem dziecka piersią pojawiła się kategoria obrzydzenia, obecności której nie odnotowałam w kontekście żadnej innej badanej sfery. Spróbuję się temu przyjrzeć, przykładając antropologiczną lupę. *Uważam, że to jest obrzydliwe, jak matka karmi dziecko publicznie, i nadal tak uważam, jak widzę obce matki. Ale sama, zdarzyło mi się raz, jak karmiłam w parku. Staram się przy tym zasłaniać. Bo są matki, które w ogóle się nie zasłaniają. A ja to robię tak, że w ogóle nic nie widać* (wyw3, t1).

Według Mary Douglas, brytyjskiej antropolożki, odczucie wstrętu jest bezpośrednio związane z uwewnętrznionymi koncepcjami społecznych reguł czystości i nieczystości. Twierdzi ona, że „Nasze zachowania związane z nieczystością wyrażają reakcję odrzucenia wszystkich przedmiotów lub myśli mogących zakłócić lub naruszyć klasyfikacje,

do których jesteśmy przywiązani”<sup>197</sup>. Jaki więc porządek zakłóca wyżej przytoczona sytuacja?

Julia Kristeva, filozofka i psychoanalityczka, zainspirowana przez Douglas, podobnie interpretuje w koncepcji abjectu reakcję wstrętu. W procesie kształtowania się ego ma miejsce faza rozpoznania i odrzucenia tego, co nieczyste – *abjection*, aby mogło powstać ciało zorganizowane, cywilizowane i społeczne<sup>198</sup>. Na tym etapie też powstają dychotomie społeczne, takie jak: prywatne/publiczne, naturalne/kulturowe, umysłowe/cielesne. Prawidłowa podmiotowość kształtuje się właśnie przez przyswojenie tych kategorii oraz odrzucenie wszystkiego, co zagraża wyodrębnieniu czystego i prawidłowego ciała. To, na co reagujemy wstrętem i odrzuceniem, to właśnie abject. Wstręt wywołują zatem zgodnie z tą koncepcją wymioty, odchody, krew menstruacyjna, a także, jak pokazały moje badania, mleko płynące z piersi. *To (wyciekanie mleka z piersi – DD) jest okropne. Tak samo jakbyś się spociła i plamę taką masz potu. Tak samo się czujesz, jak masz mleko i mleko ci przechodzi przez bluzkę. Miałam takie samo wrażenie. Jak byś się pochlapała czymś. To jest takie niesmaczne* (wyw6, t2). Chodzi tu więc o wydzieliny ciała, które zacierają granicę pomiędzy tym, co wewnętrzne a zewnętrzne, pomiędzy podmiotem a przedmiotem, o wszystko to, co jest pomiędzy. Ten akt odrzucenia nie jest jednorazowy, ale odbywa się nieprzerwanie wraz z nieustającym procesem kształtowania się podmiotowości.

Drugą próbę zrozumienia odczuć wstrętu czy obrzydzenia możemy podjąć, również odwołując się do koncepcji Mary Douglas, tym razem do rozważań dotyczących anomalii. Anomalia jej zdaniem to „coś, co nie pasuje do danego zbioru lub serii”<sup>199</sup>. Przykładem anomalii może być syrop – substancja, która nie jest ani w pełni płynna, ani całkowicie stała. Podążając za Mary Douglas, można by przyjąć, że mleko z piersi to też anomalia: pokarm, ale tylko dla dziecka i to w ograniczonych granicach wiekowych, a zarazem wydzielina ludzkiego ciała, która akurat służy do zjadania. Problem ten oddaje następujący cytat: *Tak samo, jak idę do restauracji z mężem sobie zjeść. Mam dziecko i jest pora karmienia,*

---

<sup>197</sup> M. Douglas, *Czystość i zmaza*, przeł. M. Bucholc, Warszawa 2007, s. 77.

<sup>198</sup> M. Bakke, *Ciało otwarte. Filozoficzne reinterpretacje kulturowych wizji cielesności*, Poznań 2000.

<sup>199</sup> M. Douglas, *Czystość i zmaza*, op. cit., s. 79.

to można nakarmić je w taki sposób, żeby innym nie obrzydzać tego posiłku (wyw3, t2).

Mary Douglas twierdzi, że w obrębie każdego systemu klasyfikacyjnego musi pozostać miejsce dla nietypowych form, dlatego każda kultura dysponuje systemem zaleceń pozwalających radzić sobie z anomalią. Autorka wymienia pięć takich strategii: anomalię można pomniejszyć, tworząc specjalną definicję dla tej sytuacji; kontrolując ją fizycznie, co może przybrać formę wyeliminowania fizycznego anomalii; poprzez unikanie; można określać ją jako zagrożenie, co skutkuje na przykład poczuciem niepokoju w obliczu anomalii; można ją również wykorzystać do: „wzbogacenia palety sensów”<sup>200</sup>. Sądzę, że następujący fragment rozmowy wpisuje się w pierwszą z opisanych strategii: *Jeszcze dzień wcześniej myśl o noworodku ssącym moją pierś budziła we mnie lęk pomieszany z obrzydzeniem, teraz to naturalne. Nie umiałabym się przeciwstawić tej pewności w oczach dziecka, że po to mama ma piersi, żeby pić z nich mleko. Przecież to prawda* (list2, k2).

Podawanie dziecku piersi, z której płynie mleko, opatruje się etykietką naturalności, która oczywiście zarezerwowana jest dla określonych sytuacji. Jak pokazałam wcześniej, karmienie piersią „zbyt dużego” dziecka uważane jest za niewłaściwe. Doświadczenie karmienia piersią wymaga więc wielokrotnego przedefiniowania. *Ja rozmawiałam z moim mężem, bo dla mnie to było krępujące, zwłaszcza że to mleko mi czasami wyciekało, więc to było takie... taka wydzielina, no obrzydliwe, ale to było obrzydliwe dla mnie* (wyw5, t1). Mąż innej rozmówczyni zwykł ją był informować o wyciekającym mleku słowami: *„Kochanie, przeciekasz”* (wyw3, t2), a po drugiej ciąży żony miał stwierdzić, że nic już nie jest w stanie go obrzydzić. Żartobliwy ton wypowiedzi mężczyzny jest formą dystansowania się do ciąży i karmienia piersią i myślę, że wpisuje się również w pierwszą strategię radzenia sobie z anomalią. Żartowanie to też pomniejszanie skali danego problemu.

Doświadczenie karmienia może zostać w którymś momencie oswojone i wówczas wyciekające podczas karmienia mleko nie jest niczym „obrzydliwym”. *Piers w tym momencie do tego służy. Wycieka to wycieka, to wytrę* (wyw5, t1). Znowu pomocna okazuje się teoria Mary Douglas. „To, co czyste w porównaniu z jakąś rzeczą, może być nieczyste w po-

---

<sup>200</sup> Ibidem, s. 81.

równaniu z inną, i na odwrót. Idiomatyka nieczystości rządzi się skomplikowanymi regułami algebraicznymi, w każdym kontekście uwzględniając rozmaite zmienne<sup>201</sup>. W związku z tym przychodzi mi do głowy jeszcze jeden trop, nawiązujący do powszechnego wyobrażenia o piersi jako atrybucie kobiecości. Być może kobiety, które brzydzi mleko wypływające z piersi, pozostają w mocy przeświadczenia o erotycznej funkcji piersi? Odwołując się do Mary Douglas, trzeba by tu powiedzieć, że pierś karmiąca nie jest na swoim miejscu, bowiem w tym toku rozumowania jej miejsce to bycie erotycznym fetyszem. Kultura konsumpcyjna, która puściła w obieg mnóstwo wizerunków młodych kobiet będących seksualnymi obiektami, nie interesuje się aż tak bardzo pierś karmiącą. Czy zatem to nie pod wpływem kultury konsumpcyjnej niektórzy oburzają się na matki publicznie karmiące swoje dzieci?

Innym przykładem zaburzenia kategoryzacji – nawiązując do koncepcji Mary Douglas – są piersi pełne mleka „pojawiające się” w sytuacji uprawiania seksu.

*– Chodzi o to, że te piersi wydawały mi się wręcz odstręczające od seksu.*

*– A dla twojego męża?*

*– Nie. Jemu to nie robiło specjalnej różnicy. Nie zwracał na to uwagi w ogóle (wyw5, t1).*

W odczuciu niektórych karmiąca pierś przestaje być seksualnym atrybutem, a staje się wspomnianą już wcześniej butelką z mlekiem. *Z drugiej strony nawet podczas współżycia te piersi mi się wydają nie takie seksualne, bo jest w nich to mleko (wyw5, t1).* Natomiast od momentu odstawienia pierś zaczyna całkowicie już funkcjonować w obszarze znaczeń erotycznych i kojarzonych z atrakcyjnością. *Poza tym ta pierś nabiera innego... Nie wystawiłabym piersi... Teraz bym wystawiła na przykład wszędzie, gdzie by mi się chciało, ale gdybym nie karmiła, to już bym nie wystawiła. Czyli zmieniam stosunek do swojej piersi i ona się dla mnie zmienia (wyw1, t1).*

Temat karmienia pierś w pierwszym odruchu wcale nie musi się kojarzyć z seksualnością. To z powodu potocznego utożsamienia tej czynności wyłącznie z rolą macierzyńską piersi karmiącej. Jak pokazują jednak historie moich rozmówczyń, pierś karmiąca jest obłożona

---

<sup>201</sup> Ibidem, s. 52.

znaczeniami pośrednio lub bezpośrednio związanymi ze sferą seksualną: pierś, będąc dla niektórych jedynie butelką z mlekiem, może być obiektem pożądania, dla innych zaś pozostaje intymnym atrybutem kobiecości. Poza tym jest ewidentnym potwierdzeniem aktywności seksualnej, która doprowadziła do ciąży, a nawet sama bywa źródłem doświadczeń o naturze erotycznej. Wobec tego trudno jest jednoznacznie oddzielić rolę macierzyńską od seksualnej. Co więcej, pierś karmiąca może być źródłem odczuć takich jak wstyd, niesmak, a nawet obrzydzenie, czyli reakcji niezwiązanych z potocznym wyobrażeniem macierzyństwa ani ze sferą erotyki. Okazuje się, że ciało kobiety, która karmi dziecko piersią, nie jest pozbawione seksualności, może być źródłem odczuć i skojarzeń erotycznych.

## KOBIETA JAKO PRZEDMIOT KONSUMPCJI

W zebranych materiale pojawił się też ciekawy wątek ciała kobiety karmiącej jako obiektu konsumpcji. *Przyjemne jest to obserwowanie, jak to dziecko rośnie, zjadając nas, czyli dzielimy się sobą z dzieckiem* (wyw1, t1). Inna rozmówczyni wspomina pierwsze karmienie tuż po urodzeniu córki. *Tak, to fajne było, że ona ze mnie nadal je i nadal jest częścią mnie* (wyw5, t1). Ten aspekt dawania siebie dziecku w dosłownym znaczeniu dość często pojawiał się w rozmowach. *I jak patrzyłam na Madzię, to ona urosła w sumie na tym, co ja jej dałam. Przez sześć miesięcy jadła tylko moje mleko. Całe, czym ona była, to całe ciało Madzi, to po prostu było to, co ja jej dałam* (wyw7, t1). Nieodparcie kojarzy mi się to z pracą Joanny Rakowskiej *Satysfakcja gwarantowana*. Artystka wykonała serię produktów, między innymi napój gazowany w puszcze, na bazie wyciągów ze swojego ciała. Gdyby ktoś zdecydował się napić tego specyfiku, skosztowałby jej samej. Ponieważ praca porusza temat kobiety jako przedmiotu konsumpcji, wydała mi się w niniejszym kontekście szczególnie ciekawa.

Karmienie piersią jest także doświadczeniem ciała wymykającego się spod kontroli. *Najlepsze jest to, że to mleko wtedy płynie. Zresztą do tej pory się tak zdarza: płynie i płynie. Wszystko zaczyna się robić mokre i trzeba szybko czymś je zatkać* (wyw10, t1). Sytuacja, kiedy coś dzieje się poza kontrolą, może być zinterpretowana jako dostosowywa-



nie się ciała do nowych wymagań. *To były takie różne fale, zwłaszcza na początku, kiedy ten idealny mechanizm nie jest uregulowany albo przynajmniej kiedy się karmi bardzo dużo na początku, dużo bardziej niż później. Zdarzało się, że mi przeciekała bielizna i tam jakieś wkładki miałam. Ale nie było to częste. Myślę, że było to mniej kłopotliwe niż podpaski w czasie miesiączki* (wyw6, t1). Czasem ciało wymykające się spod kontroli prowokuje do zabawy. *Jak samo leci, to ja zasłaniam, żeby małego nie zalać; ale czasem robię tak, że specjalnie kieruję cyckiem na męża i on: „Oj, weź tam, przestań, mnie nie zalewaj”* (wyw8, t2). Oczywiście trzeba wspomnieć, że doświadczenie karmienia piersią buduje unikalny cielesny związek między matką i dzieckiem. *Zresztą może ja bym już jej nie karmiła cyccem<sup>202</sup>, może byłabym bardziej twarda i odstawiła ją, gdybym nie widziała, że dla niej to jest po prostu frajda jak żadna inna. Ona się uśmiecha, nie wiem, te błogie oczy robi. No i mimo wszystko jest jeszcze ten szczątek tego, że jesteśmy tak blisko ze sobą* (wyw9, t1).

## KONIEC KARMIENTA

Kolejnym doświadczeniem jest odstawianie dziecka od piersi. Momentem, w którym kobieta podejmuje decyzję o zaprzestaniu karmienia piersią, może być jej powrót do pracy. *W pracy ściągałam pokarm, żeby nie stracić. Jak poszłam pierwszego dnia, to był najpierw nawał, a drugiego dnia się okazało, że pokarm mi zaczyna zanikać. Ja się przestraszyłam, bo ja chciałam ją karmić piersią i zaczęłam ściągać po to, żeby laktację podtrzymać i żeby jej dawać taki ściągnięty, lekko podgrzany. Zamykałam się po prostu w łazience. Zajmowałam ją na piętnaście minut, tak? Trzeba było tym ręcznym laktatorem pokarm po prostu odciągać* (wyw12, t1). Powody zaprzestania karmienia piersią są także inne: nieustające trudności w karmieniu, choroba i decyzja o przyjmowaniu leków, a w przypadku jednej rozmówczyni zapalenie piersi, które groziło operacją. *Jak sama przyznała: Wydawało się, że taka doświadczona osoba, a tak naprawdę dobrze karmiłam dopiero trzecie dziecko* (wyw14, t2).

---

<sup>202</sup> Rozmówczyni mówi o swojej 14-miesięcznej córce, która nadal była karmiona piersią.

Niektórym kobietom zaprzestanie karmienia piersią przynosi poczucie ogromnej ulgi. *Ona praktycznie zastępowała sobie sutek jako smoczek i cały miesiąc, jak ją urodziłam, nie wychodziłam z pokoju, bo cały czas była przy piersi. Odstawiłam ją od piersi, to ona momentalnie się budziła i znowu, i tak na okrągło. Dla mnie to po prostu to było horror* (wyw6, t2).

Rozmówczyni podsumowała to stwierdzeniem, że czuła się uwięziona we własnym domu, jednak przy drugim dziecku to doświadczenie było diametralnie inne – pozytywne i satysfakcjonujące. Z tego powodu dla wielu kobiet rozstanie z karmieniem jest trudne. *Mi było żal i później tego brakowało, bo to jest taka więź. Ja myślę, że to jest tak z macierzyństwem: pierwsze odcięcie pępowiny, kiedy dziecko jest już poza ciałem, potem to odstawienie, potem kiedy idzie do przedszkola, kiedy się go nie widzi, później kiedy się wyprowadza z domu i tak się tę pępowinę odcina po kolei* (wyw5, t2).

Bywa też tak, że zaprzestanie karmienia piersią kobieta odkłada w czasie. Pomijając kwestie wartości odżywczych pokarmu oraz więzi emocjonalnej i fizycznej, taki rodzaj karmienia jest w opinii wielu kobiet bardzo wygodny choćby dlatego, że nie wymaga czasu na przygotowanie posiłku. Pojawił się również motyw ekonomiczny. *Mieliśmy ciężko finansowo tak, że ją chciałam karmić jak najdłużej, bo nie było nas stać na te mleka wszystkie takie modyfikowane dla dzieci i pieluchy* (wyw10, t2). Innym ważnym wątkiem, jaki pojawił się w opowieściach dotyczących karmienia piersią, jest konieczność nauczenia się „naturalności” tej czynności. *Tak naprawdę trzeba umieć też przystawiać, żeby dziecko dobrze spijało, wyciągało, co trzeba, czyli pierwsza rzecz to przystawić dobrze. A po drugie, przede wszystkim się nie denerwować, zaufać organizmowi, piersi, naturze, że sama będzie wiedziała, ile mleka zrobić. A ja miałam taką psychiczną blokadę po tym pierwszym karmieniu. Zawsze miałam pozytywny stosunek do karmienia. Bardzo chciałam karmić, ale się tak stresowałam, że właśnie będzie za dużo, że coś. Dopiero to trzecie dziecko dało mi informację, że organizm wie, jak się zachować* (wyw14, t2). Rozmówczynie wskazywały też na to, że samo ciało musi się przyzwyczaić do nowej roli nawet wtedy, gdy kobieta urodzi kolejne dziecko. *W ogóle to pierwszy tydzień to jest masakra, ale to każda kobieta tak ma, bo piersi są nieprzyzwyczajone, dziecko nie umie jeszcze, wiesz, są zakrzepy, wiesz, po prostu do krwi*

*masz rany na piersiach. I to trzeba przez to przejść, po prostu. A potem to uwielbiałam karmić piersią (wyw3, t2).*

## **STAN BŁOGOŚCI?**

Prowadząc badania na temat karmienia piersią, szukałam odpowiedzi na pytanie o specyfikę tego doświadczenia. Jest ono bowiem zdecydowanie bardziej złożone i różnorodne, niż się powszechnie uważa. Taki uproszczony obraz karmienia piersią jako błęgiego czasu bliskości matki i dziecka często wykorzystuje reklama. Dobrym przykładem są billboardy i spot jednego z banków. W wersji filmowej, emitowanej w telewizji w roku 2005, ubrana w biurowy uniform kobieta, siedząc przy biurku, zaczyna rozpinąć bluzkę. Chwilę później przystawia do piersi dziecko, a lektor komentuje: „Oto Magda. Twój przyszły doradca inwestycyjny. MBA zrobiła w Londynie. Doradztwo finansowe ma w małym palcu. A poza tym jest pracowita, cierpliwa i opiekuńcza. Bo tego oczekują małe i średnie przedsiębiorstwa (...)”. W wersji billboardowej nad hasłem „W trosce o rozwój twojej firmy” widniał wizerunek kobiety w rozpiętej koszuli i rozchylnych połach garsonki. Na rękach trzyma ona dziecko przyssane do lewej piersi. Wyraz jej twarzy jest łagodny i spokojny, jednocześnie jednak kobieta pewnie patrzy poza obiektyw. Przy prawym uchu przyczepiony ma telefon komórkowy, a nad lewą piersią na ciełe leży kabelek od telefonicznego zestawu. Reklamowany bank ma się nam tu więc jawić niczym współczesna Matka Polka, kobieta wykonująca jednocześnie wiele zadań, ekspertka w określonych obszarach oraz troskliwa opiekunka i oddana karmicielka. Czynności związane z opieką nad dzieckiem, a w domyśle nad firmami, które powierzą swoje pieniądze reklamowanemu bankowi, są tu przedstawione jako te niewymagające niemalże wysiłku, bo oczywiście „naturalne”. Z podobnym przekazem o łatwości karmienia piersią mamy do czynienia w przypadku poniższej starej reklamy szkoleń. Kobieta z dużą wprawą podtrzymuje jedną ręką karmione dziecko, drugą obsługuje laptop, a wszystko to w niezbyt wygodnej pozycji tak dla jednej, jak dla drugiej czynności.

# szkolenia.wp.pl

**Wygoda, prostota, niski koszt  
i prawdziwe certyfikaty  
międzynarodowych firm**



Dziewczynki i kobiety są socjalizowane do pełnienia ról opiekuńczych, w pierwszej kolejności ukierunkowanych na własne dzieci, dlatego ten przekaz wydaje się zrozumiały. W świetle zebranych przeze mnie materiałów jest jednak jednocześnie nie do zaakceptowania. Zbyt się bowiem rozmija z codzienną praktyką kobiet, które wkładają mnóstwo wysiłku w pełnienie ról macierzyńskich.

## CO Z TEGO WYNIKA?

Ciało, na które oddziałują określone praktyki – społeczne, polityczne i kulturowe – warunkuje bycie w świecie podmiotu. Ciało posiada swoją niezbywalną materialność, ale jest jednocześnie integralne z Ja. Bliska jest mi koncepcja mówiąca, że ciało stanowi główny wymiar podmiotowej tożsamości, ponieważ buduje ono naszą pierwotną perspektywę i określa sposób zaangażowania w świat. Jeśli zgodzimy się z tym, że ciało jest przestrzenią znaczącą dla konstruowania tożsamości, to przyjąć możemy, że różne doświadczenia cielesne oddziałują na jednostkową tożsamość. W związku z tym możemy dalej przyjąć, że okołoporodowe doświadczenia ulokowane w ciele mogą mieć znaczenie dla tożsamości kobiet, które mają za sobą ciążę, poród i połóg.

## USPOŁECZNIE NIE

Człowiek jako ciało-podmiot kształtowany jest przez to, czego doświadcza jego ciało / on sam będący tym ciałem. Jednocześnie samo ciało poddawane społecznemu treningowi kształtowane jest według obowiązujących norm. Ciąża, poród i połóg są, zgodnie z koncepcją Paula Ricoeura, sposobami działania w świecie. Możliwość działania wskazuje on jako najważniejszy wyróżnik bycia sobą. Możemy zatem uznać, że cielesne doświadczenia okresu okołoporodowego mają wpływ na bycie sobą jednostki, że ten rodzaj doświadczeń w określony, ale i niepowtarzalny w innych doświadczeniach sposób angażuje kobietę w świat, stanowiąc tym samym o jej tożsamości.

Podążając za koncepcją ciała, które nosi w sobie i na sobie ślady uspołecznienia, przyjąć należy, że wszelkie cielesne doświadczenia wspierają się na społecznej konstrukcji. W toku socjalizacji jednostki uczą się operowania własnym ciałem zgodnie z przyjętymi normami. Nabywają dyspozycje będące ucieleśnionymi strukturami społecznymi, na co dzień nieuświadomionymi. Owe dyspozycje ciała warunkują poddanie się określonym zasadom organizującym życie społeczne. Dyspozycje są realizowane w odpowiednich okolicznościach i w związku z sytuacją. Wraz z nabywaniem dyspozycji w i na ciałach coraz mocniej

odciska się społeczny porządek. Ciało odgrywa tym samym kluczową rolę w podtrzymywaniu struktur społecznych. Co więcej, w ciała wpisane są dyspozycje dotyczące męskości i kobiecości. W związku z tym uprawnione będzie stwierdzenie, że kobiety w toku socjalizacji nabywają dyspozycje związane z doświadczeniem okołoporodowym. O jakich konkretnie dyspozycjach możemy więc w tym kontekście mówić?

Po przeanalizowaniu rozmów, listów i wpisów w mediach społecznościowych oraz innych materiałów, które posłużyły mi do pogłębienia wiedzy na temat okołoporodowego doświadczenia kobiet, doszłam do wniosku, że jednym z podstawowych społecznych nakazów kierowanych do kobiet jest nakaz kontrolowania swojego ciała. Tak często powracający w wywiadach czy innych źródłach wątek utraty kontroli nad nim odkrywa moc tego nakazu. To między innymi niemożność kontrolowania procesów fizjologicznych charakterystycznych dla doświadczenia okołoporodowego ujawnia dyspozycje dotyczące nakazu kontrolowania. Objawia się on poczuciem wstydu, gdy porządek społeczny nie został zachowany, a więc na przykład wtedy, gdy ciężarna odczuwa nagłą, niepohamowaną potrzebę zwymiotowania, wyplucia śliny czy puszczenia gazów w sytuacji publicznej. Wstyd pojawia się również na myśl o defekacji podczas akcji porodowej. Warto tu przypomnieć, że zdaniem części kobiet odczucie skurczów partych bardzo przypomina zachowanie się ciała podczas defekacji. Społeczny nakaz ukrywania tych aspektów ludzkiej fizjologii jest w tej sytuacji dominujący i przysłania inny, zdecydowanie rzadziej doświadczany proces fizjologiczny, jakim są skurcze partu.

Zawstydzające bywa też, gdy z piersi zacznie płynąć mleko poza sytuacją karmienia niemowlęcia. Gdy na bluzce powstanie widoczna plamka. Karmiąca, macierzyńska funkcja mleka nie zawsze wówczas wystarczy do uzasadnienia niespodziewanej obecności wydzieliny kobiecego ciała. Potrzeba kontrolowania ciała w dużej mierze wiąże się z procesem cywilizowania ciała, czego jednym z elementów była potrzeba kontroli natury, w tym też fizjologii. Wymóg kontrolowania ciała wzmocniony został stopniowymi zmianami społecznymi wymuszającymi na jednostkach określone zachowania w przestrzeni publicznej. Ów wymóg ujawniony zostaje w różnych momentach okołoporodowego doświadczenia, gdy ciało podlega procesom trudnym, a czasem wręcz niemożliwym do skontrolowania, co wprawia kobietę w poczucie wstydu lub

jest źródłem strachu. W zebranych relacjach pojawiły się wypowiedzi o zadowoleniu czy nawet radości z odzyskanej kontroli nad ciałem, co też ujawnia ową dyspozycję. Trzeba pamiętać, że mowa tu o odzyskaniu kontroli nad ciałem, które w okresie okołoporodowym podlega nieustającej zmianie – od kształtu i rozmiaru począwszy, poprzez pełnienie nowych w stosunku do codzienności spoza okresu okołoporodowego funkcji macierzyńskich, na różnych fizjologicznych aktach skończywszy. Potrzeba – uwewnętrzniony wymóg – kontrolowania swojego ciała przez kobiety może mieć też inne źródło, związane z kulturowymi kanonami piękna. Kobiety socjalizowane do bycia przedmiotem oglądu kontrolują swoje ciała pod względem kształtu, wagi, rozmiarów, zapachów czy wydzielin, a więc pod względem odpowiadania obowiązującym normom piękna. W okresie okołoporodowym ciało nie poddaje się tak łatwo codziennemu treningowi dyscyplinowania go do obowiązujących norm kobiecości, a czasem wręcz uniemożliwia zachowanie obowiązującego porządku społecznego.

## DO KOGO NALEŻY CIAŁO?

W okresie okołoporodowym oczekuje się od kobiet, że ich ciała w pierwszej kolejności będą pełnić funkcje ukierunkowane na dobro płodu, a później dziecka. Że będą podporządkowane funkcjom macierzyńskim. Ciało, które w okresie ciąży powiększa się, rozciąga, nabiera wagi i nowych rozmiarów, sprawia ból, a czasem zawstydzia, podporządkowane jest rozwijającemu się w nim płodowi. Ów proces zmiany jest niezależny od woli kobiety.

Można spotkać się z opinią, że ciało na czas ciąży staje się własnością żyjącego w nim płodu. Zdaniem jednej z autorek listów dokonuje się wówczas szczególne przesunięcie znaczeń związanych z ciałem. *Teraz rozumiem, że wszystko, co działo się z moim ciałem podczas ciąży, porodu i później, było zupełnie naturalne – nie należało się przed tym bronić. To nieprawda, że trzeba być zawsze piękną i szczęśliwą, zapracowaną i nowoczesną. Nieprawda, że nie można sobie pozwolić na słabość. Jest taki czas w życiu kobiety, kiedy staje się matką – jej ciało i ona sama jest tylko dla dziecka. Czas, w którym brzuch przestaje być atrybutem kobiecości, a staje się domem nie-narodzonego dziecka, czas, w którym piersi nie są ozdobą, lecz tym, czym*

*są naprawdę – gruczołami produkującymi pokarm, jak u innych ssaków. Lecz właśnie wtedy kobieta jest KOBIEȚĄ prawdziwą, KOBIEȚĄ spełnioną, MATKĄ* (list2, t1). Autorka tej wypowiedzi raczej nieświadomie odwołała się do kulturowej normy stawiającej kobietę w pozycji oglądanego obiektu.

Starania wkładane w to, by „być piękną”, wynikają z założenia, że jest się oglądaną. Niemniej istotne jest tu wskazanie na tę zmianę, jakiej ulega kobiece ciało – od tego, które ma się podobać, do tego, które staje się przestrzenią użytkową dla płodu. Jeden kulturowy nakaz zastępuje drugi. Inna rozmówczyni wskazała na częste doświadczenie ciężarnych, czyli na traktowanie ich brzuchów jak dzieci, które może pogłaskać nawet przypadkowa osoba. Przywołanie tego doświadczenia doprowadziło tę kobietę do konstatacji będącej dopełnieniem powyższego stwierdzenia. *Nie cierpiałam, jak mnie obcy ludzie obmacywali, co się zdarzało. Mam koleżankę. Trochę się przyjaźnimy, ale ona mnie ciągle głaskała po brzuchu. W końcu jej powiedziałam, żeby przestała mnie głaskać po brzuchu. Zdarzało się, że obcy ludzie też, bo ludzie w ogóle nie szanują granic. Myślę, że to jest taki dzidzius, więc go sobie przez brzuszek pogłaszczają, ale nie widzą, że to jest mamusia najpierw, a w środku tej mamy... Ludzie w ogóle traktują matkę jak dodatek do dziecka* (wyw1, t2).

Inna sytuacja, w której realizuje się dyspozycja podporządkowania własnego ciała żyjącemu w nim płodowi, to poród zmedykalizowany. W modelu tym ciało traktowane jest jak maszyna do spełnienia określonego zadania – urodzenia zdrowego dziecka. Z przytoczonych wcześniej wypowiedzi polskiej i amerykańskiej położnej wynika, że w czasie porodu personel w małym stopniu bierze pod uwagę rodzącą i to, czego ona by w tej sytuacji sobie życzyła. Rodząca ma się podporządkować szpitalnym procedurom służącym, jak to zostało ujęte, „wyprodukowaniu perfekcyjnego dziecka”. Oczywiście można by także przytoczyć wiele przykładów pokazujących troskliwość personelu medycznego i uważność na potrzeby rodzących, ale chodzi tu o wskazanie celu nadrzędnego w sytuacji porodu.

Kolejnym przykładem tego, że ciało kobiece w pierwszej kolejności powinno spełniać funkcje macierzyńskie, jest społeczny wymóg karmienia dziecka piersią. Artystyczny wyraz poddania się temu nakazowi stanowi wspomniana wcześniej praca Bo Dzierwy, w której artystka dekoruje swoje piersi czerwonymi wstążeczkami, tak jakby ofiarowywała je swojemu dziecku, a może nawet całemu społeczeństwu. W okresie



karmienia kobieta musi się podporządkować żywieniowym potrzebom dziecka. *Nie należy zapominać o aspekcie uwiązania. Ja też nie miałam takiej potrzeby, żeby wychodzić, i tak sobie układam życie pod wpływem karmienia. Ono się staje jakby priorytetem. Chcę karmić piersią, więc nie mogę tego i tamtego* (wyw1, t1). Jedna z rozmówczyń stwierdziła, że podczas laktacji pierś jest butelką z mlekiem. Tę funkcję laktacyjną kobiety starają się narzucić swojemu ciału często pomimo doświadczanego bólu związanego z zapaleniem piersi albo będącego następstwem pogryzienia brodawek przez noworodka. Z kolei te, które z różnych względów nie mogą karmić dziecka piersią, niejednokrotnie doświadczają trudnych emocji i postrzegają siebie jako złe matki.

Okres okołoporodowy to dla niektórych kobiet czas utraty swojego ciała, które odzyskuje się stopniowo: najpierw w momencie porodu, który kończy ciążowe zmiany; później gdy ciało w mniejszym lub większym stopniu wraca do kształtu sprzed ciąży; a następnie, gdy kończy się karmienie piersią. Odzyskanie swojego ciała może jednak nastąpić dopiero po spełnieniu szeroko rozumianych funkcji macierzyńskich. Trzeba zauważyć, że przy jednoczesnym nastawieniu na spełnianie potrzeb najpierw płodu, a później dziecka, istnieje też wymóg dbania o swoje ciało, tak by nadal było atrakcyjne. Wymóg ten trudno jednak zrealizować, gdy ciało nosi w sobie i na sobie liczne ślady przebytych doświadczeń: większa niż przed ciążą waga (co niektórym kobietom odbiera poczucie bycia atrakcyjnymi), zmieniona sylwetka, rozstępy, fałdki na brzuchu, ślady po cięciach i szyciach, inny kształt piersi po laktacji itd. Ciało noszące na sobie takie ślady nie jest postrzegane jako atrakcyjne. *Bardzo trudne jest dla kobiety, która urodzi dziecko, że nie jest się do końca takim atrakcyjnym. Ja bardzo cierpię z tego powodu, że nie czuję się atrakcyjna i że to ciało nie jest takie, jakbym chciała* (wyw3, t2).

Czasami doświadczenie okołoporodowe przynosi bardziej brzemienne w skutkach zmianę w ciele. Moja znajoma na skutek przebycia trzech ciąż zakończonych cesarskim cięciem musiała poddać się skomplikowanej operacji szycia macicy, której groziło pęknięcie. Przyglądając się kobiecemu doświadczeniu okołoporodowemu, można stwierdzić, że to pragnienie odzyskania swojego ciała przede wszystkim odnosi się do odzyskania nad nim kontroli. Ciało, w którym tyle się wydarzyło, nie może jednak pozostać takie samo jak w czasie sprzed ciąży. Maggie Nelson w *Argonautach* pisze wręcz o obsesji na temat tego, „jak szybko

wszelkie oznaki, że się nosiło to zmieniające życie DZIECKO, mogą zniknąć, jak szybko kariera matki, jej życie seksualne i waga wrócą do poprzedniego stanu, jak gdyby nigdy nic się tu nigdy nie wydarzyło”<sup>203</sup>.

## WYJĄTKOWOŚĆ OKOŁOPORODOWEGO CZASU

Opisane doświadczenie okołoporodowe jest w większości przypadków trudne, bolesne, czasami dziwne. Nagromadzenie tych przykładów może wytworzyć negatywny obraz doświadczenia okołoporodowego, nie taka jednak była moja intencja. Zależało mi na tym, by pokazać w jakim stopniu i w jak różny sposób może być ono trudne oraz jak wielką stanowi zmianę względem tego, co kobiety doświadczają poza wskazanym okresem. Czas ciąży, porodu i porodu charakteryzuje mniej lub bardziej gwałtowna zmiana zachodząca w ciele. Może to być zmiana kształtu, objętości i wagi. Może to być zmiana spowodowana oznaczeniem ciała bliznami, szwami lub mniej namacalnymi znakami przeżytych doświadczeń. Jest to też zmiana w obszarze doświadczenia bólu innego niż ten zwykły, taki jak ból zęba czy ból menstruacyjny. Wraz z różnymi zmianami przychodzi też płynność znaczeń określonych części ciała (seksualne versus macierzyńskie) i związana z tym trudność w postrzeganiu cielesności. To wszystko złożyć się może na doświadczenie kryzysowe.

## KRYZYS

Odwołując się do dyspozycji dotyczącej kontrolowania własnego ciała, w tym fizjologii, oraz w nawiązaniu do koncepcji Susan Bordo o plastikowych ciałach, stwierdzić można, że spotkanie z materialnością własnego ciała, szczególnie w sytuacji mniej codziennej (ciąża, poród, poróg), może być źródłem kryzysu. Potwierdza to zebrany przeze mnie materiał. Bordo mówi o strachu przed ciałem skrytym za kulturowym plastikiem. Przywołana na początku Natasza Urbańska wspomina o swoim lęku przed ciałem doświadczonym porodem, a mówiąc to, zakłada pewną maskę, pokrywając ciało złotym kolorem, często kojarzonym z czymś pięknym, dostat-

---

<sup>203</sup> M. Nelson, *Argonauci*, przeł. K. Gucio, Wołowiec 2020, s. 147.

nim i doskonałym. Stylizacja ta odwołuje się zarówno do normy społecznej, która pozwala na pokazanie ciężowego ciała w określonej konwencji, jak i do dyspozycji realizowania przez ciało funkcji macierzyńskiej przy jednoczesnym zachowaniu atrakcyjnego wyglądu. Według Shustermana na co dzień doświadczamy ciała jako przezroczystego źródła działania. Pogląd ten odwołuje się do fenomenologicznej koncepcji mówiącej o tym, że ciało umożliwia bycie w świecie. Na co dzień zatem nie doświadczamy ciała w sposób świadomy. Dopiero w sytuacji niecodziennej zauważamy jego obecność, ale, jak ujmuje to filozof, jest to sytuacja somatycznego wyobcowania. Ja określiłam tę sytuację kryzysem somatycznym. Podążając za koncepcjami Bordo i Shustermana, przyjąć można, że spotkanie ze swoim (materialnym) ciałem stanowić może doświadczenie kryzysowe.

Innym potencjalnym źródłem kryzysu jest niemożność kontrolowania swojego ciała poddanego procesom fizjologicznym, a więc niemożność sprostania społecznemu nakazowi w sformalizowanej sytuacji szpitalnej, gdzie obowiązują określone procedury postępowania, personel jest zhierarchizowany, a wokół przebywa wiele osób trzecich. Kolejnym potencjalnym źródłem kryzysu może być pomijanie przez dominujące sposoby zorganizowania porodu indywidualnego doświadczenia bólu, jaki staje się udziałem rodzących. W paradygmacie zmedykalizowanym można, przynajmniej w założeniu, go wyeliminować, natomiast w koncepcji porodu naturalnego ból jest potrzebny w trakcie porodu. Koncepcja porodu naturalnego stara się zatem ból oswoić, natomiast koncepcja technokratyczna chce go podporządkować procesowi efektywnego wyłaniania dziecka z ciała matki. W efekcie rodząca często sama musi się konfrontować z doświadczeniem bólu, które bywa bardzo trudne, czasami traumatyczne czy nawet graniczne. Moim celem nie było nagromadzenie relacji o tym, jak trudne jest to doświadczenie, ale pokazanie, że jest to dla kobiet przeżycie zróżnicowane oraz że nie można się w pełni na nie przygotować.

Kolejne potencjalne źródło doświadczenia kryzysowego związane jest z koncepcją porodu naturalnego, zgodnie z którą rodząca powinna odwołać się do własnych pokładów naturalności, stać się „ludzką samicą”. Wymóg ten oznacza, że na czas porodu kobieta powinna zawiesić proces socjalizacji, zapomnieć o swoim kulturowym bagażu. Jednak nie można tak po prostu na czas ciąży czy porodu zawiesić dyspozycji nakazujących kontrolę ciała i określone zachowania. Warunkują one poddanie się określonym zasadom organizującym sytuacje społeczne. Uznać więc należy, że stoją w sprzeczności

z koncepcją powrotu do wyobrazonego stanu naturalności czy dzikości. Nie oznacza to oczywiście, że nie jest możliwe zachowanie się w sposób mniej kontrolowany. Wiele relacji moich rozmówczyń oraz historie spisane w listach pokazują, że szczególnie podczas porodu można robić rzeczy dla siebie zaskakujące. Mimo to trzeba pamiętać, że poród jest kulturowo zorganizowanym doświadczeniem, a więc realizowanym według określonego scenariusza.

W poniżej zacytowanym fragmencie Jolanta Brach-Czaina odwołuje się do potocznego wyobrażenia o porodzie jako czasie zawieszenia norm kulturowych. „Jest też poród zachowaną enklawą dzikości. Nie musimy wyprawiać się do dżungli, tak bardzo dziś wynędzniałych i niezdolnych dostarczyć żadnych głębszych doznań poza uczuciem smutku, wstydu i lęku przed zniszczonym światem, którego charłactwa zaczynamy się obawiać. By stanąć w obliczu nietkniętej natury, wystarczy zwrócić spojrzenie ku sobie, gdyż nienaruszona dzikość pozostała jeszcze w nas, a zjawisko porodu jest tego faktu naocznym dowodem”<sup>204</sup>. Przywołałam ten cytat również z tego względu, że kilka rozmówczyń spontanicznie (nie był to wówczas wątek przeze mnie badany) opowiedziało mi o swoich doświadczeniach „ludzkich samic”. *Okazało się, że po prostu na dwadzieścia cztery godziny przez osiemnaście godzin leżę i karmię dziecko jak takie zwierzę, które leży i karmi. Ona bardzo dużo jadła, zasypiała cały czas przy tym cycu, ja już ją brałam w nocy do nas do łóżka. Zasypiałam, ona też spała, jak chciała, to wtedy ssała, i to tak trwało. I stąd bierze mi się to poczucie, że jestem zwierzęciem. Czułam się jak samica, jak karmiłam, że to moja główna funkcja życiowa (wyw5, t2).*

Inna rozmówczyni opowiedziała o tym, jak pewnego dnia leżała na łóżku oświetlona słońcem, karmiąc synka. Było spokojnie. W pewnym momencie otworzyły się drzwi i do pokoju wszedł mąż rozmówczyni. Wiedziała, że to on, bo nikogo innego nie było w domu. Mimo to miała, jak powiedziała, odruch suki, która w takim momencie instynktownie chce warknąć. Była to chwila spokojnego nasycenia z dzieckiem, czysta forma przyjemności, radość bycia – czyste trwanie w czystej formie, jak sama to ujęła. Kolejne przywołane w rozmowach pozytywne „doświadczenie zwierzęcości” związane było z ogólnym samopoczuciem po porodzie. *Jak urodziłam dziecko, to się czułam jak młoda koza skacząca po górach. Miałam taką energię w sobie, że mogłam wszystko przenosić.*

---

<sup>204</sup> J. Brach-Czaina, *Szczeliny istnienia*, op. cit., s. 41.

*Miałam takie poczucie, że tak sobie latam po tych skałach. To jest idiotyczne, ale takie miałam wtedy sformułowanie, wiesz? Po prostu się tak dobrze czułam* (wyw6, t2). Mimo pozytywnego ładunku przytoczonych fragmentów wypowiedzi dostrzegam w nich sygnały pewnych wyzwań. Podkreślanie przez rozmówczynię tego, że miała głupie skojarzenie z kozą skaczącą po górach, czy też wskazywanie przez kobiety na dominującą laktacyjną funkcję ich ciał, tak jakby były jakimiś zwierzętami (jedna z rozmówczyń użyła określenia „dojnymi krowami”), wskazuje na trudność, której w związku z tym stanem doświadczyły. Tak czy inaczej powrót do wyobrazonego stanu natury nie jest łatwym zadaniem.

## ZMIANA TOŻSAMOŚCIOWA

Przeprowadzone rozmowy, przeanalizowane listy i artykuły, wielogodzinne rozmyślenia na temat kobiecego doświadczenia okołoporodowego doprowadziły mnie do pytania, na które nie znam odpowiedzi. Jeżeli zgodzimy się z tym, że ciało jest przestrzenią znaczącą dla konstruowania tożsamości, oraz z tym, że w okresie ciąży, porodu i połogu kobieta może doświadczyć kryzysu somatycznego, to czy tym samym nie doświadcza ona kryzysu tożsamości? Jolanta Brach-Czaina, pisząc o otwarciu egzystencjalnym okresu porodowego, wskazuje, że aby do tego otwarcia doszło, a więc aby móc dokonać aktu urodzenia, trzeba „naruszyć autonomię zamkniętego obszaru stanowiącego o naszej tożsamości”<sup>205</sup>. Wskazuje więc na konieczność lub przynajmniej możliwość zmiany tożsamościowej wynikającej z faktu cielesnej przemiany będącej konsekwencją ciążowego, a następnie porodowego procesu. Pytanie o to, czy ciało, które uległo metamorfozie i nosi na sobie jej znaki, narusza tożsamościową konstrukcję, wydaje mi się ciekawe. Dlatego je tu zostawiam.

## PYTANIA O DOŚWIADCZENIE

Powrócę do kwestii, od której zaczęłam – dlaczego nie pytamy bliskich nam kobiet o ciążę, porody, połogi? O to złożone, wymagające od nich

---

<sup>205</sup> Ibidem, s. 26.

stawienia czoła różnym wyzwaniom i brzemienne w skutkach doświadczenie okołoporodowe? To, bez którego nie byłoby dzieci, które stanowią tak wielką osobistą, wspólnotową i społeczną wartość?

Te pytania kończyły mój esej. Niedługo po wysłaniu tekstu do redakcji językowej spotkałam się z trzema wyjątkowymi kobietami: pisarką, artystką i aktywistką. Siedziałyśmy w jednej z krakowskich knajpek przy Rynku i rozprawiałyśmy między innymi o głęboko cielesnych sprawach. Opowiedziałam im o moich badaniach i książce i kolejny raz usłyszałam, że brakuje w niej pozytywnych aspektów doświadczenia okołoporodowego, w tym przedstawienia porodu jako łagodnego, przyjemnego procesu w opozycji do utrwalonego powszechnie obrazu gwałtownego, pełnego znoju i krzyku z bólu wydarzenia. Wcześniej, przy innej okazji dowiedziałam się, że przedstawianie doświadczenia okołoporodowego jako wzmacniającego ciało, sprawiającego, że jest piękniejsze, a także mówienie o porodzie jako czymś przyjemnym i seksualnym stanowi tabu. Żadna z moich rozmówczyń nie opisała w taki sposób swoich doświadczeń, dlatego też w książce dominują wątki związane z wyzwaniami i trudami. Moje rozmówczynie same zdecydowały, w jaki sposób odpowiedzą na pytania, takie jak: czy opowiesz o swoim doświadczeniu ciąży, porodu, karmienia piersią. Można się oczywiście zastanawiać, na ile dominujący w kulturze przekaz na temat tych wydarzeń wpływa na sposób ich przeżywania, a tym samym na ile ów przekaz zdeterminował nasze rozmowy. Edward M. Bruner, amerykański antropolog, twierdzi, że „(...) nie istnieje pierwsza, naiwna, zjawiskowa lektura danych terenowych, które później objaśniamy lub intelektualizujemy. Żaden etnograf nie jest naprawdę niewinny – wszyscy od początku mamy w głowie jakąś narrację, która organizuje nasze początkowe obserwacje w terenie”<sup>206</sup>. Przystępując do badań, nie byłam białą, niezapisaną kartą, to oczywiste. Miałam jakieś wyobrażenia o doświadczeniach okołoporodowych, choć niewiele o nich tak naprawdę wiedziałam. Bruner twierdzi dalej, że narracje organizują także doświadczenie (tu konkretnie ma na myśli doświadczenie badanych osób) i postrzega etnografa nie jako poznający podmiot, ale bardziej jako „materialnie

---

<sup>206</sup> E.M. Bruner, *Etnografia jako narracja*, [w:] *Antropologia doświadczenia. Z epilogiem Clifforda Geertza*, red. V.W. Turner, E.M. Bruner, Kraków 2011, s. 157

istniejące ciało, poprzez które odsłania się struktura narracyjna<sup>207</sup>. Być może dziś opowieść o doświadczeniach okołoporodowych wyglądałaby inaczej, ale na tamten moment, gdy prowadziłam badania, moje rozmówczynie właśnie w taki sposób chciały opowiedzieć o tym, co przeżyły, a ja to wszystko zebrałam w niniejszym eseju. Gdy już niemal go ukończyłam, poznałam historię matki dwójki dzieci, która bardzo świadoma i przygotowana podeszła do drugiego, dobrze wspomnianego przez nią, porodu. Zanim zaczęła szukać konkretnych informacji, nie spotkała się z pozytywnym obrazem porodu. A w takiej sytuacji trudno jest odciąć się od utrwalonego, powszechnego wyobrażenia. Trzeba wykonać dużą pracę, by wytworzyć w głowie nowy obraz doświadczenia okołoporodowego. Przychodzi mi na myśl przywołany wcześniej wniosek Pierre'a Bourdieu o tym, że tylko za sprawą kontrtreningu, w tym pracy z treściami niedostępnymi dla świadomości, można przekształcić ucieleśniony we własnym ciele porządek społeczny. Za próbę wytworzenia nowego obrazu doświadczenia okołoporodowego uznać można pracę Iwony Demko – *Sheela-na-gig*. O tego rodzaju przedstawieniach wspomina Catherine Blackledge. To kobiece postaci eksponując swoje okazałych rozmiarów wargi sromowe, obecne na europejskich budowlach z okresu od XI do XII wieku, przede wszystkim na terenie Anglii, Walii, Szkocji, Irlandii, zachodniej Francji i Północnej Hiszpanii<sup>208</sup>. Zarówno pochodzenie nazwy tego rodzaju przedstawień, jak i cel ich tworzenia wciąż nie jest w pełni jasny. Zapewne służyły za symbol płodności, ale mogły też pełnić funkcje ochronne dla lokalnej ludności. „Ochronna moc waginy wydaje się koncepcją powszechną, a dziewczęta Sheela-na-gig przekonują, że nie chodzi wyłącznie o gest zadarcia spódnicy. Czasem figurki w ogóle nie posiadają spódnicy, widać tylko nagi srom. Okazuje się, że liczne kultury na przestrzeni wieków uznały ten wizerunek za tak potężny, iż przypisały mu zdolność zapobiegania złu i wzmaganą płodności<sup>209</sup>. Być może kobiety sprzed wielu wieków wizualizowały sobie Sheelę, by móc osiągnąć pełne otwarcie i urodzić zgodnie z postulatem Sheili Kitzinger, czyli lekko niczym frunący motyl, miękko na wzór tej zjawiskowej, różowej Sheeli.

---

<sup>207</sup> Ibidem, s. 161.

<sup>208</sup> Ibidem, s. 44.

<sup>209</sup> Ibidem, s. 47.



Iwona Demko, *Sheela-na-gig*, 59×40×13 cm, 2010 (dzięki uprzejmości artystki)



## **SPIS WYWIADÓW**

### **PILOTAŻ**

1. Kobieta, 30 lat, 7-miesięczny syn, w trakcie wywiadu rozmówczyni w pierwszym trymestrze drugiej ciąży (styczeń 2005)
2. Kobieta, 28 lat, 4-letnia córka i roczna córka (luty 2005)
3. Kobieta, 26 lat, pierwsza ciąża (luty 2005)

### **TURA 1**

1. Kobieta, 29 lat, 4,5-letni syn i 10-miesięczny syn (czerwiec 2005)
2. Kobieta, 26 lat, 3,5-letnia córka, w trakcie wywiadu rozmówczyni w zaawansowanej ciąży z terminem porodu na dniach (lipiec 2005)
3. Kobieta, 27 lat, roczny syn (lipiec 2005)
4. Kobieta, 29 lat, 2-letni syn i 3,5-miesięczna córka (lipiec 2005)
5. Kobieta, 29 lat, 6,5-letni syn i 4-letni syn, w trakcie wywiadu rozmówczyni w siódmym miesiącu ciąży (lipiec 2005)
6. Kobieta, 33 lata, 5-letni syn (sierpień 2005)
7. Kobieta, 32 lata, 4-letnia córka i 3-letni syn (sierpień 2005)
8. Kobieta, 29 lat, 1,5-roczny syn (sierpień 2005)
9. Kobieta, 31 lat, 14-miesięczna córka (sierpień 2005)
10. Kobieta, 25 lat, 6-tygodniowa córka (sierpień 2005)

### **TURA 2**

1. Kobieta, 41 lat, 19-miesięczny syn (grudzień 2006)
2. Kobieta, 30 lat, 5-miesięczny syn (styczeń 2007)
3. Kobieta, 30 lat, 3-letni syn i 11-miesięczna córka (kwiecień 2007)
4. Kobieta, 30 lat, 3-letnia córka i 20-miesięczna córka (maj 2007)
5. Kobieta, 26 lat, 7-letnia córka (maj 2007)
6. Kobieta, 31 lat, 3-letnia córka i 11-miesięczny syn (maj 2007)

7. Kobieta, 44 lata, 21-letni syn, 19-letnia córka, 18-letnia córka, 3-letnia córka (maj 2007)
8. Kobieta, 26 lat, 6-miesięczny syn (czerwiec 2007)
9. Kobieta, 29 lat, 2-letni syn i 5-miesięczna córka (czerwiec 2007)
10. Kobieta, 30 lat, 4,5-roczna córka, w trakcie wywiadu w ciąży, za 2 miesiące poród (lipiec 2007)
11. Kobieta, 28 lat, 4-letnia córka, roczny syn (lipiec 2007)
12. Kobieta, 39 lat, 4-letnia córka (lipiec 2007)
13. Kobieta, 32 lata, 4-letnia córka, 8-miesięczna adoptowana córka (lipiec 2007)
14. Kobieta, 34 lata, 8-letni syn, 5-letnia córka, 2,5-letnia córka (wrzesień 2007)

## BIBLIOGRAFIA

1. R.D. Abrahams, *Doświadczenie zwyczajne i niezwykłe*, [w:] *Antropologia doświadczenia. Z epilogiem Clifforda Geertza*, red. V.W. Turner, E.M. Bruner, Kraków 2011.
2. É. Badinter, *Historia miłości macierzyńskiej*, przeł. K. Choiński, Warszawa 1998.
3. M. Bakke, *Ciało otwarte. Filozoficzne reinterpretacje kulturowych wizji cielesności*, Poznań 2000.
4. J. Bator, *Feminizm, postmodernizm, psychoanaliza*, Gdańsk 2000.
5. J. Bednarek, *Być kobietą ciężarną*, „Res Publica Nowa” 1997, nr 9, s. 24–27.
6. C. Blackledge, *Wagina. Kobięca seksualność w historii kultury*, przeł. K. Bartuzi, Warszawa 2003.
7. S. Bordo, *The Flight to Objectivity: Essays on Cartesianism and Culture*, New York 1987.
8. S. Bordo, „Material Girl”: *The Effacements of Postmodern Culture*, [w:] *Body and Flesh: a Philosophical Reader*, red. D. Welton, Malden 1998.
9. S. Bordo, *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*, Berkeley 1993.
10. P. Bourdieu, *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądzenia*, przeł. P. Biłos, Warszawa 2005.
11. P. Bourdieu, *Medytacje pascaliańskie*, przeł. K. Wakar, Warszawa 2006.
12. J. Brach-Czaina, *Błony umysłu*, Warszawa 2003.
13. J. Brach-Czaina, *Szczeliny istnienia*, Kraków 2006.
14. E.M. Bruner, *Etnografia jako narracja*, [w:] *Antropologia doświadczenia. Z epilogiem Clifforda Geertza*, red. V.W. Turner, E.M. Bruner, Kraków 2011.
15. A. Buczkowski, *Społeczne tworzenie ciała. Płeć kulturowa i płeć biologiczna*, Kraków 2005.
16. J.S. Bystroń, *Słowiańskie obrzędy rodzinne. Obrzędy związane z narodzeniem dziecka*, Kraków 1916.
17. F. Chirpaz, *Ciało*, przeł. J. Migasiński, Warszawa 1998.
18. E. Chudoba, A. Smywińska-Pohl, *Córki Nawojki. Filozofki na Uniwersytecie Jagiellońskim 1897–1967*, Kraków 2017.

19. S. Chutnik, *Fabryka pępków*, [w:] *Zapisane w ciele*, katalog wystawy, Warszawa 2014.
20. T. Cosslett, *Women Writing Childbirth: Modern Discourses of Motherhood*, Manchester 1994.
21. R. Davis-Floyd, *The Rituals of American Hospital Birth*, [w:] *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*, red. J. Spradley, D.W. McCurdy, New York 1994, s. 323–340.
22. R. Davis-Floyd, *The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigm of Childbirth*, „International Journal of Gynecology and Obstetrics” 2001, t. 75, dodatek nr 1, s. 5–23.
23. M. Douglas, *Czystość i zmaza*, przeł. M. Bucholc, Warszawa 2007.
24. D. Dzido, *Kulturowe kody płci*, [w:] *Praktyki cielesne*, red. J.M. Kurczewski, Warszawa 2006, s. 169–221.
25. N. Elias, *Przemiany obyczajów w cywilizacji Zachodu*, przeł. T. Zabłudowski, Warszawa 1980.
26. M. Gretkowska, *Polka*, Warszawa 2001.
27. E. Hyży, *Kobieta, ciało, tożsamość. Teorie podmiotu w filozofii feministycznej końca XX wieku*, Kraków 2003.
28. S. Kitzinger, *Szkoła rodzenia*, przeł. K. Ajdukiewicz, Warszawa 1996.
29. T. Laqueur, *Making Sex: Body and Gender from the Greek to Freud*, Cambridge–London Cambridge 1993.
30. B. Lozoff, B. Jordan, S. Malone, *Childbirth in Cross-Cultural Perspective*, „Marriage and Family Review” 1998, nr 12 (3/4), s. 35–60.
31. J. Lubiak, A. Skalska, *Ciało, tożsamość, sztuka*, [w:] *Wokół problemów tożsamości*, red. A. Jawłowska, Warszawa 2001.
32. L. Marzec, *Herstoria żywa, nie tylko jedna, nie zawsze prawdziwa*, [w:] *Przewodniczka po Krakowie emancypantek*, t. IV, red. E. Furgał, Kraków 2012.
33. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia percepcji*, przeł. M. Kowalska, Warszawa 2001.
34. *O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia*, oprac. U. Kubicka-Kraszyńska, A. Otffinowska, J. Pietrusiewicz, Warszawa 2006.
35. *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku” 2006*, oprac. U. Kubicka-Kraszyńska, A. Otffinowska, Warszawa 2007.
36. *Przewodnik po szpitalach położniczych w Polsce*, oprac. A. Otffinowska i in., Warszawa 2000.

37. *Przewodnik po szpitalach położniczych w Polsce. Polska środkowozachodnia*, oprac. A. Otffinowska i in., Warszawa 2006.
38. *Raport. Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego*, oprac. B. Baranowska, U. Kubicka-Kraszyńska, A. Tymińska, Warszawa 2013.
39. *Raport. Opinie i potrzeby kobiet rodzących w szpitalach ginekologiczno-położniczych. Analiza treści zamieszczonych na portalu www.GdzieRodzic.info*, oprac. A. Kasza, Warszawa 2015.
40. A. Rich, *Zrodzone z kobiety. Macierzyństwo jako doświadczenie i instytucja*, przeł. J. Mizielińska, Warszawa 2000.
41. P. Ricoeur, *O sobie samym jako innym*, przeł. B. Chelstowski, Warszawa 2003.
42. A. Shilling, *Socjologia ciała*, przeł. M. Skowrońska, Warszawa 2010.
43. R. Shusterman, *O sztuce i życiu. Od poetyki hip-hopu do filozofii somatycznej*, przeł. W. Małecki, Wrocław 2007.
44. R. Shusterman, *Świadomość ciała. Dociekania z zakresu somaestetyki*, przeł. W. Małecki, S. Stankiewicz, Kraków 2010.
45. S. Szwed, *Mundra*, Wołowiec 2014.
46. U. Śmietana, *Od écriture féminine do „somatekstu”, „Feminizm. Przegląd filozoficzno-literacki” 2003, nr 1 (3), s. 153–171.*
47. J. Thorwald, *Ginekologdy*, przeł. A. Wziętek, Warszawa 2015.
48. S. Wielichowska, „Wydobyć kobiety z cienia”. *Początki i rozwój historii kobiet jako niezależnej dziedziny badań historycznych*, [w:] *Przewodniczka po Krakowie emancypantek*, t. IV, red. E. Furgał, Kraków 2012.
49. A. Zadrożyńska, *Światy, zaświaty. O tradycji świętowań w Polsce*, Warszawa 2000.
50. E. Zierkiewicz, I. Kowalczyk, *Konsumentka czy konsumowana? Kobieta do zjedzenia w prasie kobiecej*, [w:] *Kobiety, feminizm i media*, red. E. Zierkiewicz, I. Kowalczyk, Poznań–Wrocław 2005.
51. E. Zierkiewicz, I. Kowalczyk, *Oswajanie feminizmu? Feminizm i feministki w prasie kobiecej*, [w:] *Kobiety, feminizm i media*, red. E. Zierkiewicz, I. Kowalczyk, Poznań–Wrocław 2005.