

Székely Zsófia*
Szülés – család – párkapcsolat
Mélyinterjú vizsgálat különböző családi állapotú anyákkal¹

Bevezetés

2009-ben készült egy országosan reprezentatív szociológiai felmérés (a Tudomány a Családért Egyesület megbízásából az NKTH INNOTARS OMFB-00701/2009 számú pályázati projekt keretében, *Családi kapcsolatok* címmel, a minta 1493 fős volt), amely fiatalok és középkorúak körében vizsgálta a párkapcsolatok alakulását és az arra ható tényezőket. Pszichológusként és PhD hallgatóként a kutatásba az egyén és az egyéni élettörténet vizsgálata felől kapcsolodom. Ennek révén újabb információkra tehetünk szert, melyek a nagyméretű reprezentatív mintával összevetve értékes következtetésekre adhatnak alkalmat.

Jelen tanulmányban bemutatom a kutatás elméleti háttérét, kitérek az említett kérdőíves kutatás és saját mélyinterjú vizsgálatom ismertetésére, végül összegzem és elemzem az eredményeket. Két stabil kapcsolatban, és három instabil kapcsolatban élő nővel készült mélyinterjú pszichológiai elemzését fogom bemutatni, illetve javaslatot teszek a felvetődő problémák megoldási lehetőségeire is.

Elméleti keretek

Ebben a fejezetben kitérek arra, hogyan használható a kutatásban a félig strukturált pszichológiai interjú, megvilágítom a két kutatás kapcsolódási pontjait: hogyan lesz az egyénekből pár, család, és a család hogyan hat a legfiatalabb individuumokra? Néhány gondolat erejéig a szülés pszichológiájáról, az ezzel kapcsolatos kutatásom elméleti háttéréről is lesz szó. A szülés – párkapcsolat – család témakörét körbejárhatjuk fejlődés-lélektani, pszichoanalitikus és családterápiás szempontok szerint, néhány alapvető aspektust mutatok be az elméleti kitekintés utolsó részében.

A pszichológiai mélyinterjú – a félig strukturált interjú

Az első interjú a lélektani beszélgetés, a találkozás és az információelemzés lehetőségeit nyújtja. Jól ismerjük az első benyomás jelentőségét, az impresszióhatást, mely számos összetevőből jön létre. Nyilvánvaló az első interjú szerepe a pszichoterápiás folyamatban, de természetesen használható kutatási célokra is. A viszonylag laza szerkezetű első pszichoterápiás interjú és a konkrét kérdésekből álló strukturált interjú két szélső pontja annak az intervallumnak, amelyen a – jelen kutatásban is használt – félig strukturált mélyinterjú nagyjából középen helyezkedik el. A beszélgetés keretei megfelelnek az első pszichoterápiás interjúnak, azzal a különbséggel, hogy konkrét témában, célzottan beszélgetünk, a kérdező „kézben tartja” a beszélgetés fonalát, és kitér (kérdéz) az őt érdeklő témákra.

A kutatást érdeklő témák természetéből adódóan kérdőíves módszerrel csak az adatok bizonyos részét érhetjük el; a soktényezős, bonyolultabb kérdéseknél (pl. sexualitás, szülés) érdemes a részleteket, egyéni különbségeket előtérbe helyezni. Erre alkalmas a félig strukturált interjú – ahol a kérdező előre meghatározott témák mentén halad, mégis szabad teret enged az interjúalany által fontosnak tartott részleteknek.

Az első interjú, és ezzel együtt a kutatásban szereplő félig strukturált mélyinterjú a következő információk összegződéséeként jön létre:

- objektív információk; adatok, ezek megbízhatók és ellenőrizhetők
- szubjektív információk: a jelentés a döntő, amit a kliens tulajdonít neki
- szcénikus vagy szituatív információk: a szituáció élménye dominál, az adatok másodlagosak

Az adatok (objektív) összefüggései a szituációban jelennek meg, és ez olyan adatfeldolgozást tesz lehetővé, amely a mélységi lényegét a (szubjektív) rejtett jelentésében ragadja meg, és az összegzésben ezáltal új információ jelenhet meg.

Az interjú (exploráció) helyzeti, proxemikai, nonverbális és metakommunikatív tényezői szintén nagyon fontosak; ismert az „ideális helyzet”: két szék egymáshoz képest 45°-os szögben elhelyezve, és közte az asztal sarka, amely a kb. 60 cm-es proxemikai távot teremt meg. Az összhang (rapport) a szóbeli üzenetet körülvevő teljes összefüggés reflexiója. Az elég jó segítő összhangot tud teremteni, és az összhang bizalmat eredményez, amely a kapcsolat alapja.

A két kutatás elméleti kapcsolódási pontjai

Mint azt a Bevezetőben említettem, 2009-ben készült a Családi kapcsolatok kérdőíves felmérés, „survey” vizsgálat keretében. A felmérés adatainak felhasználásával tisztább képet kaphatunk a fiatalok párkapcsolati trendjeinek és a párkapcsolatok minőségét, tartósságát befolyásoló tényezők alakulásáról. Ezzel a módszerrel felmérhetők az adott témakör főbb tendenciái, kisebb és nagyobb méretű csoportokra érvényes társadalmi jelenségek. Az egyén és sajátos, egyedi sorsa felől közelítve azonban újabb információkra tehetünk szert, melyet a nagyméretű reprezentatív mintával összevetve ismét értékes információkat nyerünk.

A mélyinterjúk segítségével a következő főbb kérdésekre kerestem választ:

- Hogyan alakul a korai anya-gyerek kapcsolat a családi állapot függvényében?
- A szülés élménye hogyan befolyásolja a párkapcsolat minőségét, és ezáltal a későbbiekben a család alakulását?
- Hogyan jelenik meg a kérdőíves kutatás során nyert információ az egyéni sorsokban, egyedi esetekben?

A pszichológia tudományának egyik jelentős ága a családot rendszerszemlélettel közelíti meg: ez a családot tekinti a problémák keletkezésének és a terápiás beavatkozás egységének. A kutatás, vizsgálat, terápia figyelmének középpontjában a család, annak alrendszerei, illetve az egyén meghatározó családi kapcsolatai állnak. A családterapeuták például a családi kapcsolatokban interakció, kommunikáció révén igyekeznek változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban².

A gyermek születése (akkor is, ha teljes családban születik, és akkor is, ha bizonyos tagok hiányoznak) kritikus időszak: olyan életesemény, mely a család (és természetesen a családban élő minden családtag) életére és sorsának alakulására hosszú távon kihat, ezért fontos feltérképezni ezen folyamatok dinamikáját; illetve azt: hogyan és milyen eszközökkel tudnánk segíteni a pozitív fejlődést (biztonság és felelősségvállalás elősegítése). Amennyiben a gyermek nem hagyományos családba születik (azaz anyja és apja nem házasodtak össze, és nem is élnek együtt), akkor is kihat a szülőkre a gyermek születése, és ugyanúgy érdemes a

hasonló folyamatokat feltérképezni. Ebben az esetben külön elemzést érdemel, ha az anya egyedül, családi támogatás nélkül kénytelen szülni.

Az 1980-as évektől mondhatjuk azt, hogy széles elméleti keretben, koherensen váltak magyarázhatóvá a kötődéssel mint emberi viszonylattal kapcsolatos problémák. A csecsemő- és gyermekkori kötődés, valamint a felnőttkori kapcsolatok alapmintáinak szoros összefüggését számos tanulmányban mutatták ki (Kósáné–Mirnics, 2007).

Életünk első, személyiségünk kialakulása szempontjából erősen meghatározó korszakát kizárólag a családban – vagy a családnak megfelelő környezetben – töltjük. A család olyan rendszert alkot, melyben minden tag és minden esemény hatást gyakorol a rendszer egészére, az pedig visszahat az egyénekre is (Boscolo–Cecchin–Hoffman–Penn, 1987, id. Mózes–Vargha, 2007). A családban történő változások bizonyos törvényszerűségek mentén zajlanak. Egy testvér születése például, de bármilyen más változás is, felborítja az addig megszokott rendet. A megszilárdult szerepek és szabályok átrendeződnek, újraértelmeződnek. Ez a folyamat addig zajlik, amíg a családban egy új egyensúlyi állapot be nem áll. Természetesen, ahogy a rendszer új taggal való bővülése krízist idéz elő, úgy egy-egy tag kilépése is változást hoz (Mózes–Vargha, 2007).

Párkapcsolat – család – kötődéelméletek

Ha az egyén fejlődéstörténetét vesszük alapul – s figyelmünket a párkapcsolatok kialakulására fordítjuk –, segítségünkre lehet Erikson (1985) személyiségfejlődési modellje. Erikson pszichoanalitikus megközelítése szerint a különböző életszakaszokban különböző pszichés feladatok várnak ránk, s a személyiség akkor fejlődik – az egyén akkor léphet egy következő, fejlettebb szakaszba –, ha az adott életszakasz feladatát, krízisét sikerrel megoldotta. Így tehát a kutatásunk szempontjából fontos életszakaszok és kríziseik a következők:

12–18 év között jelenik meg az identitás/szerepzavar problémaköre, amikor a serdülőnek önmagát kell meghatároznia, felelnie kell a „ki vagyok?” (nemi szerepek, politikai és vallási identitás) kérdésére.

19–39 éves kor között, a fiatal felnőttkorban a szeretetkapcsolatok állnak a középpontban (intimitás/elkülönülés problémaköre), amikor is intim kapcsolatot kell kialakítani, párt találni és családot alapítani.

40–65 éves kor között az ember feladata a szülőként való működés – nemcsak közvetlenül, de átvitt értelemben is: minden felnőttnek azon kellene munkálkodnia, hogy adhasson valamit a következő generációnak (alkotás/stagnálás problémaköre) (Erikson, id. Szakács–Kulcsár, 1985).

Természetesen nem lehet szigorúan elválasztani egymástól ezeket a feladatokat, hiszen a legtöbb ember újra és újra visszatér önmeghatározásának bizonyos problémáira, s ezen feladatok létezhetnek párhuzamosan egymás mellett. Mégis, vizsgálatunk szempontjából fontos megállapítanunk: önmagunk meghatározása, önismeretünk (melyet jelentősen befolyásol származási családunk) alapként szolgál párkapcsolataink kialakításában, és a családalapításban – ahol szülőként meghatározó szerepet töltünk be a következő generáció személyiségfejlődésének elősegítésében.

A pszichoanalitikus tárgykapcsolat-elméletek szerint az emberi kapcsolatok és az emberi fejlődés alapvetően nem biológiai determináltak, hanem a reflektív kapcsolatokban és azok belső tárgyi reprezentációjának hatása alatt tisztán pszichésen zajlanak.

Winnicott (1999) megállapítja, hogy a csecsemő személyiségének kibontakozása az anyától függ. Akkor tud egészségesen fejlődni a csecsemő, ha az anya reflektál rá: a csecsemő állandóan megnyilvánulhat, létének folytonosságáról megbizonyosodva (pl. nem baj, ha sír, nem elhallgattatni akarja az anya, hanem megvigasztalni). S ez nemcsak a lelki életére, hanem a testi egészségére is vonatkozik: ez ebben a korban még egy és ugyanaz. Winnicott megalkotta az ösbizalom fogalmát: a csecsemő akkor fejlődik egészségesen, ha a magáról, életről, világról alkotott alap-érzete és hiedelme az: a realitás jó és kielégítő. A későbbiekben az anya már nemcsak elfogad, hanem tükröz is: „elég jó anya” lesz belőle. Ez azt jelenti, hogy általa megtanulhatja önmagát a gyermek, miközben az anya is személyként van jelen (nemcsak táplál, gondoz, hanem érzelmei, igényei is vannak).

Széles körben ismert Ainsworth és Bowlby kötődési elmélete, mégis érdemes itt idéznünk (id. Ranschburg, 1984; Kósáné–Mircs, 2007). Bowlby megállapította, hogy a kötődés veleszületett, veszély esetére védelmet nyújtó biológiai ösztönként működik. Ezt a veleszületett, komplex reflexes válaszrendszert a csecsemő autonóm, aktív kötődési igénye aktiválja. Továbbá, az anya kötődési reflexe biztosítja az utódgondozást.

Ainsworth négy kötődési típust figyelt meg az általa vizsgált gyerekeknél: biztosan kötődő; bizonytalanul kötődő (elkerülő); bizonytalanul kötődő (ambivalens); és dezorganizált (ellentmondásos, zavarodott viselkedés).

A gyermek beilleszkedése a gondozó személyek által alkotott szimbiotikus univerzumba elkerülhetetlen biológiai szükséglet, és specifikus az emberi fajra nézve. Ez a szeretetteljes gondozás az élethez való kedv hajtóereje, az értelmi fejlődés motivációja. Elmondható az is, hogy az anyai fantáziák (félelmek, vágyak) nem mágikusan hatnak a csecsemőre, hanem az interakcióban realizálódnak, méghozzá a ráhangolódásban, a tükrözésben – ahogyan az anya ráhangolódik (vagy nem hangolódik) csecsemője hangulatára, állapotára, és visszatükrözi, értelmezi azt. Ezek torzulása a gyerek számára észlelhető és direkt korrigálható a reakcióban. Fontos megemlíteni azt is, hogy a csecsemőkori lelki zavarok zömében testi funkciók zavaraként mutatkoznak (szomatoszenzoros élményszinten).

A szülés, mint személyiségfejlődési lehetőség kutatáselméleti háttere

A szülést, mint életeseményt, rendhagyó megvilágításban vizsgálom: a szülés tényét, folyamatát nem az alakuló anya-gyermek kapcsolat, hanem a nő személyiségfejlődésének szempontjából mutatom be. E téma körülményéhez segítségül hívhatjuk Ferenczi Sándor trauma- és nyelvzavarelméletét (Ferenczi, 1971). Ferenczi megkülönbözteti a gyermek nyelvét (ami a gyengédség, a közelségigény kifejezése) és a felnőtt nyelvét (ami a szenvedély, a szexuális vágyak kifejezése). Nyelvzavar akkor jön létre, ha a felnőtt félreérti, és saját nyelvén értelmezi a gyermek közeledését. Nemcsak a szexuális bántalmazást, de a korai kapcsolati traumatizációt is leírja – a szülő és a gyermek közötti félreértés, meg nem értés folyamatát jellemzi.

Sheila Kitzinger (2008) egyenesen szülés utáni poszttraumás stressz szindrómáról beszél. Végül pedig egy új szempontot szeretnék bemutatni a szülést illetően: tekinthetjük gyógyító

(fejlődést elősegítő) folyamatnak is – nyilvánvalóan a biztonságos potenciális térben, egyfajta terápiában, gyógyító térben jöhet létre ez a fejlődés.

Mivel a szülés természetéből fakadóan nehezen szavakba önthető élmény, nehéz összehasonlítani születeket, és következtetéseket levonni a beszámolókból. Mégis erre szeretnék kísérletet tenni.

Legtöbbször azzal szembesülünk a szülés pszichológiáját tekintve, hogy bár sok szempontból megközelíthető, bizonyos dolgok általában kimaradnak a tudományos vizsgálat, vagy akár csak az elméleti megfogalmazások érdeklődési köréből. Tudjuk, hogyan alakul az anya-gyerek kapcsolat, sőt, az anya-magzat kapcsolat; tudjuk, szülés után milyen lélektani veszélyeknek és feladatoknak van kitéve az anya és csecsemője. Magáról a szülés folyamatáról inkább orvosi, illetve pszichoszomatikus irányból érkezik információ – ti. a folyamat megfelelő haladása érdekében milyen lelki körülményeknek kell(ene) bekövetkeznie.

Nyilvánvalóvá válik azonban a szülés mint életesemény jelentősége, ha tekintetbe vesszük, hogy a nő semmilyen más körülmények között nem tudja megismételni ezt az élményt élete során (még a többi születei is mások lesznek), hogy saját születésétől és halálától eltekintve, soha nem kerül ilyen intenzív kapcsolatba saját testével – ehhez hasonlítható természetesen a szexuális aktus, amely viszont remélhetőleg sokszor ismételhető. Tagadhatatlan az is, hogy sokan számolnak be spirituális élményről, amelyet azonban gyakran értelmezünk a felfokozott hormonális állapot következményeként.

A szülés lehet beavatásélmény is. Tudomásom szerint minden törzsi beavatás magába foglal valamilyen intenzív testi folyamatot – pl. csonkítás, tetoválás, éhezés, megküzdés a vadállatokkal, stb. A nők beavatása szülés is lehet – azaz egy előző személyiségfejlődési szintet meghaladva léphetnek magasabb/mélyebb szintre, intenzív testi élmény által létrehozott módosult tudatállapotot megtapasztalva. Talán az aktív-éber hipnózisban lehet ehhez leginkább hasonlító állapotot elérni. Elsősorban nem az anyaságra, mint fejlődési lépcsőfokra gondolok itt, bár a másokról való gondoskodásban is rejlik fejlődési lehetőség, hanem egyszerűen a leányság felől az asszonyiság felé történő éérésre, a természettel, saját testünkkel, a ritmusokkal való kapcsolat elmélyülésére utalok. Ha ezt az analitikus pszichológia segítségével, szimbólumokat értelmezve vizsgáljuk, érdemes azt is áttekinteni, milyen értékes információkat hordoznak számunkra a szülésről, bábákról a népmesék.

Tisztában vagyunk vele, hogy valahogyan nem általános ez a jelenség a szüléssel kapcsolatban. Óriási különbség van a háborítatlan szülés és a medikális környezetben, sok orvosi beavatkozással zajló szülés között. A háborítatlan szülés létrejöhet a szülés helyszínétől függetlenül, akkor, ha a szülést kísérik – figyelik, hagyják kibontakozni, és csak a legszükségesebb esetben avatkoznak be. A medikális szemlélet ennek mintha az ellentéte lenne: a biztonságra törekvés a megelőző beavatkozásokban nyilvánul meg. A szülészeti ellátás cselekvésből áll, a hibát a beavatkozás elmulasztása jelenti, és soha nem a felesleges beavatkozás.

Kitzinger (2008) antropológiai szempontból írja le a szülési kultúrát: szerinte a kórházi szülés egyszerűen intézményes zaklatás, ugyanolyan, mint a fiúkollégiumokban vagy a hadseregben ismert jelenség – az újoncokra fenyegetéssel, megalázással, megfélemlítéssel erőszakolják rá a hatalmat. Minden totalitárius intézménynek, így a kórháznak is vannak szertartásai és protokolljai, amelyeknek célja a biztonság fenntartása és a mindenkit ellenőrző stratégiák kialakítása. A kórházi rendszer írja elő az anyaságba való áthaladás rítusait, mely megerősíti az intézményi hatalmat. Ebben a rendszerben a dolgozók is csak ezt a hatalmat kényszerülnek

szolgálni, sokszor lehetetlenné válik a személyes kapcsolat, érzelmek átélése és kommunikálása (vö. kiégés).

Az autentikus élmény létjogosultságáról pontosan annak hiánya tanúskodik: a kórházi szülések sokszor traumatikus szülések, függetlenül attól, hogy orvosi szempontból egészséges anya és újszülött az eredmény.

Mitől lesz traumatikus a szülés? Kitzinger úgy véli, a szülés élménye nem a szülés folyamatának törvényszerűségein múlik, hanem a helyzeten: azon, hogyan bánnak a nővel szülés közben. A trauma/erőszak legfontosabb hatótényezője nem az orvosi beavatkozás megléte vagy hiánya, hanem a személyekkel kialakított kapcsolat.

Ha nem minden (egyébként normális) szülés beavatásélmény, az azért lehetséges, mert kívülről – vagy belülről – megzavarodik a folyamat, valami megzavarja a nő fejlődési lehetőségét, önmaga megtapasztalását.

Kitzinger szerint a nők szülési sokkot élhetnek át. Ennek oka az, hogy a kórházban általában gépként kezelik a női testet. Még hozzá olyan gépként, ami elromolhat – és mint tudjuk, ami elromolhat, az el is romlik. Szülés után nem (csak) depressziósok, hanem ptsd-ben – poszttraumás stressz szindrómában – szenvednek ezek a nők. Hasonlóan a háborús veteránoknál tapasztalt tünetekhez, a traumatikus szülés kilátástalan csapdahelyzetet jelent: az érzéketlen bánásmód elszenvedését, amikor nincs se választási, se menekülési lehetőség. Mint említettem, a kórházi kultúra rituáléi határozzák meg a szülést a természetes folyamat (természetes beavatási szertartás) helyett. A nők tehetetlenséget, hatalomvesztést élnek át. A szülés természetes folyamatát nem lehet irányítani, éppen ellenkezőleg: el kell engednie magát a szülő nőnek, átadnia magát a folyamatnak – meghaladnia önmagát, és mégis önmaga új oldalát tapasztalhatja meg. Irányítani a környezetet lehet, illetve abban a tudatállapotban lehet szülni, ahol szabadon lehet önmaga a nő.

A gondoskodó környezetnek való kiszolgáltatottság Ferenczi gondolkodási rendszerében a gyengédség nyelvén beszélő gyermek állapota. A szenvedély (a felnőtt) és a gyengédség (a gyermek) nyelve tehát egyszerre jelenik meg a szülés folyamatában. Ha a szülő nőt felnőttnek kezelik – (a kórházban pl.: jogok, kötelességek, információk és döntés, szabályok betartása) ezzel abuzálják a „gyermeket”. Ha gyermeknek kezelik – (beteg szerep) abuzálják a felnőttet, aki tud felelős döntést hozni a testéről. Nem beszélve arról, hogy sokszor visszaélnak a kiszolgáltatott helyzettel önmagában is – az esetleges traumát súlyosbítja a magára hagyatottság, a trauma semmibevétele, büntudat okozása (Ferenczi – azonosulás az agresszorral).

A medikális szemléletből kiinduló aktív szülésvezetés szinte csak nyelvzavarra van kárhóztatva a szülő nővel, hiszen úgy akarnak segíteni, ahogyan nem lehet – beavatkozással, szóbeli irányítással (ne feledjük, egészséges szülésről van szó). Nem jön létre kommunikáció, úgy tűnik, mindenképpen nyelvzavar alakul ki.

Lénárd (2004) hermeneutikus értelmezése szerint a nyelvzavar kapcsolati zavar, nemcsak verbális, de preverbális szinten is értelmezhető. Ezzel magyarázhatjuk az érzelmi ráhangolódás jelentőségét. Ha létezik, Winnicott-ot idézve, elég jó anya, akkor van elég jó befogadó is: ez a kommunikáció minőségét jellemzi. A csecsemő mint szöveg, értelmezhető; az anya mint befogadó jelenik meg. Ez egy kölcsönösen megértő, értelmező és jelentéskonstituáló kapcsolat, a gyermek szelfje és az anya is alakul.

Lénárd szerint a nyelvzavar egyenlő a „nem beszélgetésben lenni” állapotával, az anya folyamatos félreértő interpretációja, ennek mentén kapcsolódik a gyermekhez. A félreértés (és korrigálás) természetes velejárója a beszélgetésnek, azonban ez még nem nyelvzavar. A kötődés az azonosság és a különbözőség forrása is, a folytonos dialógusban lehet ezt megtapasztalni.

Verbálisan a szülő nővel nem lehet, és nem kell kommunikálni. A szülésben lélektani szempontból nem a külvilággal való kommunikáció a lényeges, hanem a belső kommunikáció: egyrészt a saját testre, másrészt a másik testére (a magzatra) való figyelem viszi előre a szülést. Nem szándékos, tudatos figyelem, hanem a megváltozott tudatállapot által létrehozott fókusz ez.

Véleményem szerint szüléskor a kommunikáció maga a gondoskodó (pre-verbális, érzelmileg ráhangolódott) környezet. Szó szerinti karban-tartás. A szülő nő az önkontroll, bizonyos énfunkciók (pl. realitás-kontroll) elvesztését egy biztonságos térben engedheti meg magának. A biztonságos tér mindenkinek mást jelent, de egészen egyértelmű, hogy a gondoskodó személy(ek) határozzák meg a biztonság mértékét. Ha a szülést kísérok „elég jó befogadók”, létre tud jönni a kommunikáció, létre tud jönni a szülés mint beavatás maga. Megszülethet az új self, az új jelentés az elég jó befogadó tükrözése által, és szükségszerű visszavonulása révén.

Ha traumáról beszélünk, beszélnünk kell a gyógyulásról és öngyógyításról is. A szülés lehet gyógyító élmény, akár korábbi traumák (pl. szexuális erőszak), akár korábbi traumatikus szülés(ek) feldolgozásáról van szó. A szülés biztonságos tere felfogható a pszichoterápiában létrejövő potenciális térként is (Winnicott, 1999), amely olyan biztonságos, átmeneti (sem nem belső, sem nem külső) tér, ahol gyakorolható a megküzdés, elengedhető a múltbeli sérelem. A bábák gondoskodása elősegíti az öngyógyítási folyamatot. Elég jó terapeutaként képesek tartalmazni és megdolgozva visszaadni a nehezen elviselhető indulatokat, rendelkezésre állnak, de nem avatkoznak be feleslegesen. A kereteket megbízhatóan fenntartják.

Az a megváltozott tudatállapot, amelybe a szülő nő kerül, ideális, megtartó környezetben a többi résztvevőre is átragad. Az érzelmi – szellemi élmény gazdagítja a bábákat, a gyógyító nőt is.

A vizsgálat eredményei

A fejezet első részében Tárkányi Ákos (2010) munkája nyomán röviden ismertetem a kérdőíves kutatás eredményeit. Természetesen az itt közölt adatok és következtetések nem teljes körűek, csak a jelen tanulmány – és a mélyinterjú kutatás – szempontjából releváns részletekre térek ki. A második részben az általam végzett mélyinterjú kutatást mutatom be.

Néhány gondolat a „Családi kapcsolatok” kérdőíves kutatásról³

A párkapcsolatok alakulását vizsgáló országosan reprezentatív szociológiai felmérés célja volt, hogy tisztább képet kapjunk a fiatalok és a középkorúak párkapcsolati trendjeinek és a párkapcsolatok minőségét, tartósságát befolyásoló tényezőknek az alakulásáról. A

makrostatisztikai adatok, a szakirodalomban szereplő főbb szociológiai és demográfiai kutatási eredmények ismertetésén túl a felmérés adatai alapján leírás készült az ifjúság, illetve a párkapcsolatok sajátosságairól Magyarországon. A kutatás eredményeit összegezve Tárkányi egy magyarázó modellt állított fel a párkapcsolatok stabilitásának, a kapcsolattal való elégedettségnek a háttértényezőit illetően. A „populáris kultúra hatása” az a tényező, amely a kiindulópontot jelenti. A modellben szereplő hipotézisek tesztelésének eredményei a párkapcsolatok működésének fontos tényezőire mutatnak rá.

Úgy tűnik, a fiatal generációk zömére nem a szoros értelemben vett promiszkuitás (partnerek sűrű váltogatása) jellemző, hanem főként a viszonylag hosszabb távú, de bizonytalan, zavaros, bomlékony párkapcsolatok. Sőt, meglepően sokan nem élnek párkapcsolatban, és e csoportban szép számmal vannak, akik később sem kívánnak házasságot kötni, élettársi kapcsolatot létesíteni. Az eredmények szerint egyre későbbi életkorban kötnek házasságot az emberek, amiben a karrier-építés, az individualista társadalom követelményei, a szingli életmód terjedése játszanak szerepet. Ebbe a látogató párkapcsolat belefér, de a tartós párkapcsolat, úgy tűnik, nem. Talán ez életkori probléma is – nem csak a szülőkről való leválás ideje, az önálló élet kezdése tolódott ki (hosszadalmas diák státusz, és az ezzel járó kiszolgáltatottság a szülőnek, gyermek szerep), hanem az identitás-meghatározás is.

Az elváltak aránya – ahol az első házasság fölbomlott – jóval nagyobb volt azoknál, akiknek két vagy több nemi partnere is volt a leendő házastárson kívül az első házasságkötés előtt, mint azok körében, akiknél csak egy ilyen partner volt, vagy egy sem.

A hipotézisek tesztelése során kiderült, hogy az élvezetvezérelt, erősen individualisztikus felfogás és a nemi élet megengedhetőségéről vallott nézetek összefüggtek a nemi partnerek addigi számával, utóbbi pedig a párkapcsolati konfliktusok kezelésével való elégedettség mértékével. Ez magyarázhatja azt, hogy az elváltak között az átlagosnál magasabb volt a nemi életet „bármikor” megengedhetőnek tartók aránya.

A párkapcsolati konfliktusoknak veszekedéssel való megoldása sok esetben okozott szorongást, pszichoszomatikus tüneteket.

A 35–49 évesek között az együtt élő házások gyermekeinek lényegesen jobb volt az iskolai teljesítménye, mint az elvált szülőkéinek. Ritkább volt a munkahelyi hiányzás a párkapcsolati konfliktust általában pozitívabb módon megoldóknál, és azoknál, akiknél nem merült föl az utóbbi év folyamán a válás gondolata. A konfliktuskezelés módjával elégedettebbek között ritkábban fordult elő, hogy nem tudtak teljesen odafigyelni a munkájukra.

Akik a legkevesebbet beszélgetnek a párjukkal (vagy legalábbis a legkevesebbet vannak vele együtt némi kommunikációval járó együttlétben), azoknál a legnagyobb a tapasztalt feszültség a munka és a családi élet között. Úgy érzik, hogy a munkahelyi eredetű fáradtságuk akadályozza őket családi kapcsolataik megélésében, vagyis a sok munka miatt jut kevés idejük, erejük a beszélgetésre, együttlétre. Ugyanakkor a válás háttértényezőit tekintve összefüggés mutatkozik a szegényes, ritkás kommunikáció és a válás nagyobb kockázata között. A válás gyakorisága viszont csökkent magasabb intenzitású vallásosság esetén.

A közvéleményben nagy többségben voltak az iskolai családi életre nevelést, a párkapcsolatokra való felkészítést fontosnak tartók.

A mélyinterjúk kutatás eredményei

A vizsgálati alaphelyzet

Félig strukturált pszichológiai interjú három stabil párkapcsolatban élő anyával (kettő házasságban élő, és egy élettársi kapcsolatban élő nővel), és kettő egyedülálló anyával. A stabil párkapcsolat alatt „jó házasságban” élést, azaz erős kötődést és közös problémamegoldási készségeket, illetve közös jövőképet értünk. A vizsgálat tárgyát képezi az is, van-e összefüggés a párkapcsolat stabilitása és a házasság megléte/hiánya között. További érdeklődésünkre számot tartó témák: milyen összefüggésben van a párkapcsolat minősége az iskolai végzettséggel; milyen hatással van az egyedülálló anyára, hogy a származási családja vagy barátai támogatják-e; a vallásosság milyen hatással van a párkapcsolati életére, illetve a gyermekvállalási attitűdjére. Fiatal anyák esetén érdemes rákérdezni az iskolai előtörténetre, „karrierre”, illetve a szubkultúra (zenei ízlés, csoporthoz tartozás) befolyására is.

Mind az öt fő az interjú felvétele után kitölti a már meglevő kérdőíveket. Feltételezzük, hogy különbség van a stabil párkapcsolati, családi háttérű szülő nő, és az egyedülálló, családi támogatás hiányában szülő nő élményei, kapcsolati történetei és problémái, problémamegoldási készségei között.

Félig strukturált interjú alkalmazása esetén nem konkrét kérdéseket határozunk meg az interjúalany számára, hanem témákat vetünk fel (pl.: Meséljen a párkapcsolatáról/szüléséről/gyermekével való kapcsolatáról), és a beszélgetés menetét irányított kérdésekkel tereljük a minket érdeklő területekre (pl.: Hogyan érintette a szülés élménye a párkapcsolatát? Mi a véleménye a házasságról?). Az interjú szövegét diktafonnal rögzítettem.

Az interjú fókuszja a várandósság és a szülés személyes története volt, melyen keresztül a következő témákról is kértünk információt:

- a házasságról, az élettársi kapcsolatról és az egyedülálló életformáról alkotott elképzelések;
- nemi szerepek;
- szexuális viselkedés, normák, magatartás és felelősségérzet;
- gyermekvállalás házasságon belül és kívül;
- személyes párkapcsolati történet, a kapcsolatok kezdete, felbomlása;
- párkapcsolati problémák;
- egészségi állapot;
- a jövőről alkotott elképzelések (saját maga, gyermeke, a gyermek apjának további sorsa);
- változtatna-e valamin, ami történt, és ha igen, hogyan? (mit szeretett volna másképpen?);
- tudatosság az életvezetésben (választás/döntés vagy sodródás).

(A fentiekén túl kérdeztünk az életkorra, a lakóhely típusára, a tágabb családi környezet felépítésére, az iskolai végzettségre és a vallásosságra.)

Az interjúalanyok

1. alany: 1978-ban született nő, fővárosi lakos, házas, egy 8 hónapos gyermeke van.
2. alany: 1978-ban született nő, fővárosi lakos, házas, egy 4 hónapos gyermeke van.
3. alany: 1978-ben született nő, falusi lakos, hajadon, látogató élettársi kapcsolatban él, 14 hónapos a gyermeke.
4. alany: 1974-ben született nő, kisvárosi lakos, kétszer elvált; jelenleg egyedülálló, két házasságból négy gyermeke van (köztük egy ikerpár), 16, 12-12 és 5 évesek.
5. alany: 1974-ben született nő, kisvárosi lakos, elvált, élettársi kapcsolatából kilépett; jelenleg egyedülálló, egy 10 éves gyermeke van.

Általános megfigyelések a szülésről szóló beszámolók kapcsán

A szülés, mint jelentős esemény, mind az egyén, mind a család rendszerének működésébe bepillantást enged – a felfokozott érzelmek, a szélsőséges helyzet megmutatja a hétköznapiakban esetleg nehezebben tetten érhető értékeket, vélekedéseket, érzelmeket is. Így tehát az egyéni történetekből, egyéni élethelyzetekből értékes információkat nyerhetünk. A vizsgálatban mindegyik interjúalany segítőkészen, őszintén vett részt. Szívesen beszéltek a szülésükről, bár ketten (2. és 3. alany), nehezen fogalmazták meg egyéni élményüket – nem azért, mert az negatív lett volna: a 2. alany egyértelműen pozitív élményről számolt be, s a 3. alanyé is inkább összetettként jellemezhető, mintsem negatívként.

Az, hogy milyen régen szültek, szintén nem volt erős befolyásoló tényező: a legrészletesebben éppen a 10 éves lány anyukája mesélt (5. alany), nagyjából úgy, mint a 8 hónapos gyermek édesanyja (1. alany). Ellenben a 4 hónapos csecsemő anyja (2. alany) volt az, aki néhány szót tudott csak mondani magáról a szülésről (itt két ok lehetséges: vagy általában nem tud beszélni intim érzéseiről, vagy még túl korai volt erről beszélnie). Ebben az értelemben tehát az eltelt időnek mégiscsak szerepe lehet a beszámolóban.

Mind az öt interjúalany érzelmektől telítve, adekvátan mutatta meg életének ezt az intim eseményét. Egyiküknél sem beszélhetünk traumatikus szülésről, jóllehet előfordult pl. császármetszés is. Traumatikus szülés alatt olyan negatív szülésélményt értek, amely egyértelműen összefüggésbe hozható a szülés utáni pszichés, ill. kapcsolati zavarokkal (ahogy erről már korábban szó volt az elméleti keretek meghatározásánál). Legtöbbször tehetetlennek, erőszak áldozatának érzik magukat a nők szülés közben, és sokáig (akár évekig) nem tudnak szabadulni a szülés élményétől. Ilyen lehet pl. egy egészségügyi szempontból problémamentes szülés is, ha az anya erőszaknak éli meg az aktív szülésvezetést – de természetesen ide tartozhat a komplikált szülés is. Nagyon fontos megjegyezni, hogy sokszor vezető okként szerepel a traumatikus szülés a további gyermekvállalás elutasításában.

Az édesapák egy kivételével (3. alany) minden esetben jelen voltak a szüléseknél, amennyire lehetséges volt (legalább a kórházban ott voltak).

Négy nő a benyomásaim szerint feltételezhetően mentálisan egészséges volt, egyikük (4. alany) pedig elmondása szerint jelenleg is pszichiátriai kezelés alatt áll, bipoláris depresszió diagnózissal.

Az egyes interjúalanyok és a gyermek(ek) apjának párkapcsolata

Az 1. interjúalany beszámolója szerint mindketten elsők voltak egymásnak, a kizárólagosság és hűség azóta is tart. A házasságban élt nemi életet tartja helyesnek. Lényegében nincs hosszú párkapcsolati történet, mert a jelen kapcsolat meghatározó az életében. Párkapcsolati problémákról nem ejtett szót. Jövőképe: három gyermek, természetesen közösen, a házasságban. A tágabb család mérsékelten segít, de a baráti kör (egyházi közösség) erősen jelen van az életükben, a kölcsönös segítséget tekintve is. Az iskolai végzettség kapcsán (egyetemre jár, hamarosan befejezi) elmondta, hogy a fontossági sorrendben első a család, a diplomát csak azért szerez, „hogy legyen” – és mert ezzel lehet legtöbbet segíteni az embereken.

A második interjúalany és párja számára szintén ez az első, és a kezdettől máig kizárólagos kapcsolat. A nemi életet a házasság keretein belül gondolja helyesnek. Párkapcsolati problémákról nem számolt be. Ami a jövőt illeti: még szeretnének gyereket (nem tudják, mikor és mennyit), közösen, a házasságban. A tágabb család nem sokat segít, ellentétben a baráti körrel (egyházi közösség). Segítő szakmában dolgozott a szülés előtt (főiskolai végzettségű), fontos számára a munkája, a későbbiekben szeretné összeegyeztetni a családdal.

A harmadik interjúalanyának kevés komoly kapcsolata volt (diákkori szerelmek), az előző élettársi kapcsolata fél évig tartott, amiben fogant egy gyermek, amit végül nem tartott meg (az apa nem volt megbízható, és a saját családja nem támogatta). Legutóbbi kapcsolata látogató élettársi kapcsolat volt, de amikor véletlenül megfogant, a férfi elhagyta, tagadta a gyermeket, jelenleg is folyik az apasági per. Most támogatja, támogatja a családja a gyermek kihordását és felnevelését. Nagyon megviseli a szakítás, mert teljesen váratlanul érte, elég jó volt a kapcsolatuk a terhesség előtt. Párt most nem keres, és nem is tervezi a jövőt, bár még szeretne gyereket (férjhez menni nem akar). Vallásos a maga módján, de nem tartozik közösséghez. Folyamatosan azon gondolkodik (hiszen krízisben van), hogy mit kellett volna másképp csinálnia, hogy ne így történjenek a dolgok, de erre nem tudja a választ. Elmondásából úgy tűnik, az apa nem teljesen egészséges mentálisan, ezért sok esélye nem volt.

A negyedik interjúalanyának nem volt élettársi kapcsolata, csak két házassága. Mindkét házasságáról ugyanazt mesélte el: barátságból alakultak, a kapcsolat elhalványulása és egészségügyi problémák miatt végződtek válással. (A férjekről nem mondott szinte semmit.) Nem gondolja, hogy a történéseken változtatni lehetett volna (talán az ikrek szülése utáni hosszadalmas orvosi procedúra alakulhatott volna másképp, ha más orvost választottak volna). Nem akar már gyereket (az utolsó szülésénél sterilizálták), és párkapcsolatot sem. A családjával nem tartja a kapcsolatot, gyermekkorában a nevelőapja megerőszkolta, az anyja pedig cserbenhagyta ebben a helyzetben. Gyakorló és meggyőződéses hívő, vallási közösséghez is tartozik, ez az egyetlen dolog, ami kimozdítja otthonról. Jelenleg egyetemre jár, végzős jogászhallgató.

Az 5. interjúalany házassága előtt, kamaszkorában járt fiúkkal, de ezek diákszerelmek voltak; első nagy szerelme a későbbi férje volt. Az esküvő után hamarosan érkezett a gyerek, akit nagyon vártak, örültek neki. De aztán az évek során a férj nagyon elhidegült tőlük, alig töltött időt velük, és ezt ő nem bírta tovább. Elváltak, közben a férjnek új kapcsolata lett, amelyben olyan kötődéseket is bevállalt, amit a volt feleségével nem – ezt külön sérelmezte az interjúalany. Elmondta: annyira szerelmes volt a férjébe, hogy sok mindent nem vett észre. A válás után egy súlyosan zavart férfival került élettársi kapcsolatba, akit befogadott, mert nem volt hová mennie. A férfi az előző kapcsolatából öngyilkossági kísérlettel menekült, nem meglepő, hogy itt is ez történt (sikertelen volt ezúttal is az öngyilkossági kísérlet). Ebben a

kapcsolatban fogant egy gyermek, de az anya nem akarta megtartani, pontosan a férfi megbízhatatlansága miatt. Végül nem került sor művi abortuszra, mert a magzat magától távozott. Nemrég sikerült kilépnie ebből a kapcsolatból (ami a gyereket is nagyon megviselte). Most egyedülálló, de alakul egy új kapcsolata, a férfi éppen válni készül. A szülei, családjára számíthat, segítenek egymásnak. A gyermek tartja a kapcsolatot az apjával és az apai nagyszülőkkel. Bízunk a jövőben, szeretne még gyereket. Felsőfokú végzettségű, a szakmájában dolgozik. Vallásos a maga módján, templomba is jár.

A házasságról, az élettársi kapcsolatról és az egyedülálló életformáról alkotott elképzelések

A házasságban élők és azok is, akik már elváltak, mind egyértelműen kifejezték, hogy fontosnak és jónak tartják a házasság intézményét. Akik elváltak (4. és 5. alany), nem bánták meg, hogy valaha férjhez mentek, egyikük (5. alany) szeretne is újra házasságra lépni, gyereket szülni. Másikuk (4. alany), ahogy említettem korábban, saját problémái miatt már nem akar semmilyen párkapcsolatot. Az egyedüllett tehát neki megfelel. A másik két (3. és 5. alany) egyedülálló nő életében ez átmeneti állapot, amelyet nehezen viselnek, és törekednek a megváltoztatására – egyiküknek (5. alany) van egy kialakuló párkapcsolata, másikuk (3. alany) pedig hosszabb távon gondolkodik majd a párválasztáson.

Tudatosság az életvezetésben (választás/döntés, vagy sodródás)

Mindenekelőtt érdemes meghatározni (legalábbis jelen keretek között), mit is jelent a sodródás. Véleményem szerint sodródónak nevezhetjük a párválasztás azon formáit, amikor aktív döntés nem előzi meg a kapcsolat létrejöttét. A döntés nem feltétlenül helyes vagy megalapozott, de mindenesetre tudatos, nem pedig a körülményekhez való alkalmazkodás. Úgy tűnik tehát, az interjúalanyok egyikének esetében sincs szó sodródásról, bár a rossz párválasztás (elhamarkodott, rosszul megalapozott döntés) olyan élethelyzetet okozott többek esetében, amiben áldozattá váltak (elhagyott anya lett belőlük). Tudatosan döntenek, tudatosan hagyják nyitva vagy zárják ki a lehetőségeket. Egyikük jelentette ki csak, hogy nem akar férjhez menni, soha nem is akart, ő élettársi kapcsolatra törekszik (3. alany).

Nemi szerepek – szexuális viselkedés, normák, magatartás és felelősségérzet

Minden interjúalany felelősségteljes és biztonságos szexuális életet folytat, csak a komoly, mély kapcsolatban alakulhat ki szexuális kapcsolat a partnerrel – vallják. Ez az 1. és 2. alany esetében kizárólag a házasság lehet. A 3. és 5. alanyoknak voltak diákkori szerelmei, komoly, tartós kapcsolatok – csak ebben az esetben folytattak szexuális viszonyt. A komoly kapcsolatok mind kizárólagosak (hűségen alapulóak) voltak, bár arról nem tudunk, a férfiak életében, párkapcsolati történetében ez milyen szerepet játszott. A férjek/élettársak kapcsolatairól pontosabban csak az 1. és 2. alany mondott, ahol kölcsönös volt a szüzesség elvesztése az első szexuális kapcsolat alkalmával. A 3. alany élettársa elvált, két felnőtt gyermek apja. Az 5. alany elmondta, hogy volt férjének is ő volt a nagy szerelem, de nem érdekelte, hányadik nő volt ő az életében (ez igaz a 3. és 4. alanyra is – nem volt releváns számukra a férfi párkapcsolati története).

A házastársi (partneri) hűséget egytől egyik elengedhetetlennek tartják – és bevallásuk szerint ők hűek voltak párjukhoz. Egyedül az 5. interjúalany számolt be arról, hogy a férje megcsalta őt – ez már a válás után derült ki, és nagyon nagy trauma volt a számára.

Gyermekvállalás házasságon belül és kívül

Az interjúalanyok közül egy anya vállalt gyermeket házasságon kívül, ő jelenleg egyedül neveli a 14 hónapos gyermekét (3. interjúalany). Véletlenül fogant a gyermek, és mivel egy korábbi kapcsolatából már volt egy abortusza, ezt a gyermeket mindenképpen meg akarta

tartani. Ebben a családja (szülei, nővére) támogatta, bár mindannyian a házasság hívei. Sajnos az apa nem ismeri el a gyermeket, ez okozza a legnagyobb problémát az anyának (jelenleg apasági per folyik). A többi interjúalany gyermekei mind házasságon belül fogantak és születtek, mindannyian tervezetten. Ettől függetlenül alakultak különbözőképpen az anyák és családok történetei.

Egészségi állapot

Csabai (2004) szerint mind az orvosok, mint a betegek igénylik a jól körülírható és hatékonyan kezelhető betegségkategóriákat – az orvoslás korlátainak beismerése mindkét fél részéről túrhetetlen szorongással jár. A nem eléggé bekeretezett betegségek – a test és lélek határán imbolygó tünetek – definícióját külső tényezők befolyásolják. A diagnózisok változásaihoz hozzájárulnak a társadalmi változások, a piaci igények, a fogyasztói értékek. A betegség és a nőiség összekapcsolódik a gondolkodásunkban.

A hisztéria emblematikus ebből a szempontból – jelenleg az anorexia, stressz-betegségek, neurózis, pszichoszomatikus betegségek töltik be ezt a szerepet. A társas konstruktivista megközelítés szerint minden (szakértői) tudás megkérdőjeleződik, radikális kételkedésben élünk – az egyéni lelki és testi szenvedés egyben társadalmi is. Viselkedéses nézőpontból: léteznek „nehéz betegek”, színlelt zavarok. Az orvosok szerint abnormális, ha egy beteg organikus okok nélküli tüneteket produkál (és segítséget kér). Nem lehet alábecsülni az utánzás, divatok, elvárásoknak megfelelés szerepét sem. Élettörténeti – integratív nézőpont – az élettörténeti szöveg szerzője az orvos és a beteg együtt, az orvos feladata a széttöredezett történetek szerkesztése (Csabai, 2004).

Egy esetben pszichoszomatikus tünetképzés (1. alany), egy krízisben levő anya (3. alany) szomatikus tünetekkel (alvászavar, szorongás), egy esetben mentális zavar társult egészségügyi problémákkal (elhízás, asztma, emésztési zavarok, 4. alany), az 5. interjúalany jelenleg stressz kiváltotta lisztérzékenységekben szenved, a 2. interjúalany pedig többé-kevésbé panaszmentes.

Szülés – párkapcsolat – család

A családi kapcsolatok meghatározzák az egyén biztonságérzetét, amely pedig visszahat a család mint egység stabilitására. Egyén és közösség kölcsönösen erősíti egymást – vagy kölcsönösen gyengíti, rombolja. Egyértelműen látszott, hogy a házasságban élő nők számára nem merülnek fel olyan életproblémák, mint az egyedülállók esetén, hiszen az alaphelyzet – egy pár vagyunk, és együtt oldjuk meg a problémákat – más kontextusba helyezi a nehézségeket. Az egyik egyedülálló nő (4. alany) azt mondta: „Nem terhelném rá másokra az [egészségi] problémáimat”. A házasságban élőkénél viszont természetes, hogy a saját egészségi problémájuk a család problémája is – és ezen pozitív hozzáállást értek. Tehát az orvoshoz menés, a gyerekfelügyelet, az ápolás közös feladatot jelentenek (és meg is oldódnak, a pár és a tágabb család segítségének igénybevételével).

A tágabb családhoz való kötődés nagyon változó volt: a párkapcsolatban élők (1. és 2. alany) elég jól működő kapcsolatot áptak a szüleikkel – bár az 1. interjúalany, aki félárva, inkább csak felszínes kapcsolatban van az édesapjával. A rászoruló egyedülállók közül ketten (3. és 5. alany) szintén lazább vagy ambivalens kapcsolatban vannak a szüleikkel. A 4. interjúalany pedig egyáltalán nem tartotta a kapcsolatot a szüleiével; azt is elmondta, hogy nem ad a véleményükre, nem szolgálnak mintául a számára. A 3. interjúalany, aki szintén félárva, meglehetősen ambivalens viszonyban volt az édesanyjával. Az 5. viszonya sem volt igazán jó a szüleiével. A 3. és 5. alany kapnak szülői segítséget, szüleik viselkedése mégis

ellenmondásos érzéseket kelt bennük. Érdeemes végiggondolni, hogyan hat a szülői minta a felnőtt gyermekek szülőként való helytállására – ebben a végtelen láncban (szülő–gyerek–szülő–gyerek...) hol vannak azok a pontok, ahol egy esetleg rossz mintát javítani lehet, ahol egy külső személy (segítő) hatékonyan tud beavatkozni. A már kialakult problémát is kell kezelni, illetve szükség esetén segítséget nyújtani; de a megelőzés (pl. gyermekkortól kezdett szexuális és párkapcsolati nevelés) talán még ennél is sokkal fontosabb.

A három jelenleg egyedülálló nő (3., 4., 5. alany) párkapcsolati történeteiből kiderül, hogy az életük ebben a tekintetben folyamatosan változik, folyamatosan alkalmazkodniuk kell ezekhez a változásokhoz – ha házasságban éltek, az elmúlik, ha élettársi kapcsolatban, az is fel tud bomlani, és az egyedülálló életforma is átmeneti (bár egyikük esetében tudatosan választott, és „végleges” döntés – 4. alany).

Ez a folyamatos dinamikus változás, mely megváltoztatta az eredeti változók kontrollálását, rávilágít arra, hogy a jelenleg stabilnak vagy instabilnak gondolt párkapcsolatok nagy biztonsággal csak itt és most, illetve visszamenőleg értékelhetők, elemezhetők. A jövőre irányuló megállapításokkal nagyon óvatosan kell bánni.

A korai anya-gyerek kapcsolat

Kétféle anya-gyerek helyzettel találkozhattam: a kapcsolat még „rövid távú” (kisgyerekek – itt nyilván a jelen helyzetet lehet értékelni, 1., 2., 3. alany); és „hosszú távú” (5–10 éves és még nagyobb gyerekek – itt pedig lehet látni a szülés körüli élmények hosszabb távú hatását, 4., 5. alany). A *kisbabás anyukáknál* (két házas és egy egyedülálló) szoros és jól működő kapcsolatot figyelhettem meg. Mivel ebben az életszakaszban az apáknak kevés közvetlen szerep jut, az apák jelenléte vagy hiánya a jelenben nem volt hatással az anya-gyerek kapcsolatra. Ám már most megfogalmazta az egyedülálló anya (3. alany): „Nem tudom, a későbbiekben hogy fogja viselni, hogy az apja nem akarja elfogadni őt” – előre vetítve későbbi problémákat.

A házasságban élő nők (1. és 2. alany) szülései viszonylag problémamentesen, párjukkal zajlottak, így az élmény is többé-kevésbé problémamentesen illeszkedik bele élettörténetükbe, családi életükbe. Bár egyikük (1. alany) esetében a sorozatos egészségügyi problémák nehezítették a helyzetet, amely számomra a lelki-szellemi kérdések testi szinten való megélésére (pszichoszomatikus tünetképzés) – és ezáltal meg nem oldott konfliktusokra – utal.

A *hosszú távú anya-gyerek kapcsolatokban* egyik esetben (5. interjúalany) egyértelműen pozitív, apás szülés volt; később a házasság zátonyra futott. Mindketten szerettek volna gyermeket, ezért házasodtak össze, az anya vallásos is (amint a beszélgetésünkből kiderült, az apáról csak hitte, hogy az), az apa a gyermeket nagyon szerette, elfogadta, és a válás után is tartja vele a kapcsolatot. Itt tehát a jó indulás (ezt az anya is megfogalmazta hasonló szavakkal) nem volt elég a folytatáshoz, bár látszólag minden tökéletes volt. Az anya elmondta, hogy végül azért váltak el, mert érzelmileg elhanyagolta őt és a gyermeket is a férje. Harag nélkül, tapintatosan váltak el.

A másik esetben (4. interjúalany) súlyos mentális problémával küzdő anyáról van szó, amely önmagában meghatározza az anya-gyerek kapcsolatot. Az asszony szülései császármetszéssel történtek. Első férje pozitív és támogató apa volt, a szülés azonban nagyon megviselte mindhármasukat, a műtétet altatásban végezték, az anya nehezen fogadta el, „ismerte el” a gyermeket. Gyermekük egyéves kora előtt elhagyta őket az apa (a gyermek most 16 éves), nem

tartják a kapcsolatot, a lány a nevelőapjával (az anya második férje) jó kapcsolatban van. Második házasságában ikreket szült császármetszéssel (most 12 évesek), ez már jobb élmény volt számára, mert ébren volt, gerincközeli érzéstelenítéssel végezték a műtétet. Az anyagyerek kapcsolat kezdetben nagyon nehezen alakult. Az egyik baba nagyon pici volt, sok betegséggel, évekig diétázniuk kellett és orvosi kontrollra jártak. „Ez egy nagyon nehéz életszakasz volt” – mondta az anya. A harmadik szülés (negyedik gyermek, most 5 éves) szintén császármetszéssel történt, sokáig vártak a gyermek érkezésére, és mire megfogant, az apa már nem akarta annyira (ez is válóok volt). Az anya megfogalmazása szerint a második férjével is egyszerűen „elmúlt a közös együttlét”, nem volt miért együtt lenni, belefáradtak a hétköznapiakba. Az utolsó szülés után alakultak ki nála a súlyos szorongásos, depressziós tünetek, melyek azóta is fennállnak. Most már jól működő, szoros érzelmi kapcsolata van az összes gyerekkel, bár az nyilvánvaló, hogy az anya betegségéhez alkalmazkodik az összes gyerek (pl. a lányok intéznek mindent, ami a házon kívül van, mert az anya nem hajlandó kimenni a lakásból), és ez a későbbiekben károkat okozhat a személyiségükben.

Összegzés

A mélyinterjúk tanulságai a következők voltak:

A kora gyermekkori kapcsolatok mélyen befolyásolják a kötődési képességet, így a későbbi felnőtt párkapcsolat sikerességét is. A párkapcsolat sikerességét továbbá befolyásolja az erre épülő szülői modell, amely lehet követendő vagy elvetendő, de ez részben tudatos elhatározás függvénye („olyan leszek”/„nem leszek olyan”).

Óriási szerepe van az önismeretnek, és ebből következően az életvezetési tanácsadásnak – kiemelkedő példa erre a serdülőkori szexuális felvilágosítás, az életkori sajátosságként megjelenő szereppróbatások pozitív kiaknázása.

A felnőttkori rossz választásokkal kapcsolatban figyelmet érdemel a menekülés a mérgező családi környezetből – ez természetesen szoros összefüggésben van a fent említett családi modellel. Ilyenkor a menekülő nem figyel fel párkapcsolatának figyelmeztető jeleire: nem megalapozott a döntés, magas a kapcsolat zátonyra futásának kockázata. Ehhez kapcsolódik sokszor a megfelelő referencia-személyek és az önismeret hiánya is: ha lenne egy „biztos pont” a nő életében, aki talán felhívna a figyelmét a helyzet visszásságaira; ha tisztában lenne döntésének hátterével, körültekintőbb és óvatosabb lehetne (ld. 3. és 5. interjúalany).

Bár jelen tanulmány vizsgálati anyagában nem szerepelt egyértelmű példa a sodródásra, mégis fontos megemlítenünk, hogy súlyos érzelmi hiányállapotot, esetleg kapcsolatfüggőséget jelez; s mindez szintén korai kötődési zavarok alapján szerveződik.

Volt azonban példa a kapcsolat kihülésére (3. és 5. interjúalany): ha a partneri viszony biztos alapja hiányzik, akkor hiába „foglalja el” magát a pár különböző közös tevékenységekkel (pl. közös otthon megteremtése, gyermekvállalás); ugyanígy a megújulási potenciál hiánya is megfigyelhető. Ez a folyamat nehezen bejósolható, hiszen legtöbbször rejtetten zajlik.

A gyermekvállalással kapcsolatban elmondható, hogy „közös ügy” (kellene, hogy legyen), azaz mindenképpen tekinthető a párkapcsolat szempontjából is egyfajta mérföldkönek. A szerepek változását követhetjük végig: férj és feleségből apa és anya lesz. Ez egyszerre esély és veszély a párkapcsolatban (élettani krízis), biztosan nem működhet úgy a közös élet, ahogy

addig. A jól bevált rendszer megváltozik, és újat kell helyette létrehozni – nevezhetjük a gyermekvállalást a párkapcsolat próbatételének is.

Visszatérve a tanulmány céljához: tagadhatatlan, hogy a mélyinterjúk során rengeteg hasznos és értelmezhető információt nyerhettem, de úgy tűnik, a szülésélmény beavatás jellegére, a problémamentes szülés – traumatikus szülés témakörének alaposabb vizsgálatára, megértésére nem adott módot. Elképzelhető, hogy szavakkal nehezen megfogalmazható ez az élmény; illetve azt is feltételezhetjük, hogy az idői keretek és a jelen témaválasztás (szülés – párkapcsolati, családi történet) korlátozta a szülés belső élményének kibontását.

Elmondható, hogy a pozitív, közös szülésélmény sajnos nem garancia arra, hogy a későbbiekben a pár együtt marad (még házasság esetén sem). Kétségtelenül egységet kovácsoló élmény, de ha egyébként nincs meg a kapcsolat alapja (közös egymásra hangolódás és támogatás, „közös ügy”), nem tartja össze a családot. Talán inkább fordítva lehet felfedezni az ok-okozati összefüggést: a jó kapcsolat elősegíti a pozitív szülésélményt (ami a gyermek, az anya-gyerek kapcsolat szempontjából elengedhetetlen), és a jó szülésélmény visszahat a kapcsolatra is. De az is elmondható, hogy a gyerekekkel való problémák (volt, ahol már a gyermek megléte is) mindig szerepeltek válóokként.

Mindegyik interjúalany határozottan egyetértett abban, hogy szükség van a fiatalok párkapcsolati, házassági, szexuális kultúrájának fejlesztésére. Egyöntetűen megfogalmazták, hogy hasznos lenne, ha valamilyen formában (iskolai, vagy családi, baráti fórumon) ismereteket, tájékozottságot szereznének a rájuk váró feladatokról a fiatalok. Saját élettörténetüknek megfelelően ez már változott abban a kérdésben, hogy a gyakorlat (tehát pl. a házasság előtti együttélés) segít-e. Többnyire nem tulajdonítottak neki jelentőséget (1., 2., 3. alany), de a 4. alany szerint talán hasznos az ismerkedés a közös hétköznappal; az 5. alany szerint pedig bár jó tud lenni, nem elégséges a boldoguláshoz (saját élménye volt, hogy bár laktak együtt a férjével a házasság előtt, sok minden ekkor sem derült ki, ami később problémát okozott).

Bármelyik ponton próbálunk is segítséget nyújtani – legyen az megelőzés vagy segítségnyújtás meglévő problémákban –, érdemes a különböző projekteket, terápiás módszereket összehangoltan alkalmazni, mind a különböző életkorokat, mind a szakterületeket, terápiás módszereket tekintve.

** A szerző pszichológus, a PTE BTK Pszichológia Doktori Iskola Elméleti Pszichoanalízis Program doktorandusz hallgatója.*

Felhasznált irodalom

- Andrek Andrea (1997): A kompetens magzat. In: Hidas György (szerk.): A megtermékenyítéstől a társadalomig. Budapest, Dinasztia Kiadó.
- Argelander, H. (2006): Első pszichoterápiás interjú. Budapest, Springmed.
- Cole, M. – Cole, S. (2001): Fejlődéslélektan. Budapest, Osiris.
- Csabai Márta (2004): A hisztériával kapcsolatos diskurzusok tanulságai a szomatizációs jelenségek és a betegségmagatartás megértéséhez. Magyar Pszichológiai Szemle, 2004/1. 55–67. o.

- Erikson, E. H. (1985): Az emberi fejlődés nyolc szakasza. In: Szakács F. – Kulcsár Zs. (szerk.): Személyiséglélektani szöveggyűjtemény. II. Elméleti irányzatok. Budapest, Tankönyvkiadó, 160–175. o.
- Ferenczi Sándor (1971): Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között. In: Buda Béla (szerk.): Pszichoanalízis és modern irányzatai. Budapest, Gondolat, 215–226. o.
- Forward, S. (2000): Mérgező szülők. Budapest, Háttér.
- Fraiberg, S. (2009): Varázsos évek. Budapest, Park.
- Kitzinger, S. (2008): A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis? Budapest, Alternatal.
- Kósáné Koppányi Éva – Mirnics Zsuzsanna (2007): Az anya-gyermek kötődés és kommunikáció transzgenerációs vizsgálata. In: Bagdy Emőke – Mirnics Zsuzsanna – Vargha András (szerk.): Egyén Pár Család. Budapest, Animula.
- Lénárd Kata (2004): A nyelvezavar koncepció hermeneutikai értelmezése. Magyar Pszichológiai Szemle, 2004, LIX. 3. 411–424. o.
- Malan, D. H. (1996): Tárgykapcsolat-elmélet a gyakorlatban. Budapest, Animula.
- Mózes Tamás – Vargha András (2007): A születési sorrend és a személyiség összefüggései. In: Bagdy Emőke – Mirnics Zsuzsanna – Vargha András (szerk.): Egyén Pár Család. Budapest, Animula.
- Ranschburg Jenő (1984): Szeretet, erkölcs, autonómia. Budapest, Gondolat.
- Tárkányi Ákos (2010): A párkapcsolatok sikerességének és sikertelenségének okai egy 2009-es országos vizsgálat alapján. Kézirat – megjelenés alatt.
- Vikár Gy. (1999): Az ifjúkor válságai. Budapest, Animula.
- Winnicott, D. W. (1999): Játssz és valóság. Budapest, Animula.

¹Jegyzetek

A kutatás és a tanulmány a Tudomány a Családért Egyesület megbízásából készült, melynek ezúton is köszönöm támogatását.

² Koltai, családterápiás szakmai protokoll, http://www.csaladterapia.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=63&Itemid=66

³ Az itt következő bemutatás Tárkányi Ákos (2010) munkája alapján készült.