



2022/4.

SZÜLÉS – SZÜLETÉS

TARTALOM

BEVEZETÉS (*Békés Vera, Székely Zsófia*)..... 3

TANULMÁNYOK

Rosemary Balsam: A szül(et)ő test és zavarodott helye lelki életünkben
(Ford. Székely Zsófia) 6

Andrek Andrea: A prenatális kötődés-kutatás jelentősége és
eredményei 25

Frigyes Júlia: Születés, szülés, trauma és traumaterápia – a gyógyulás
lehetséges útjai 43

Kisdi Barbara: A dűlaválasztás motivációi és reflexiói 54

ARCHÍVUM

Békés Vera: Két kéziratról – Hidas György hagyatékából..... 75

Hidas György: Életperiódusok megjelenése az anya-magzat
kapcsolatában..... 80

Hidas György: Imagináció, álmértelmezés, kapcsolatanalízis 85

RECENZIO

Székely ZSÓFIA: Egymás-állapot. Szülésznők – bábák – dűlák
tapasztalatai a segítő kapcsolatáról (*Kulig Barbara*)..... 90

ENGLISH SUMMARIES 96

E SZÁMUNK SZERZŐI..... 99

Imágó Budapest

ISSN 2062–5383

11. évfolyam, 4. szám, 2022

SZÜLÉS – SZÜLETÉS

Főszerkesztő:

Borgos Anna

A szerkesztőség tagjai:

Bókay Antal, Erős Ferenc, Gyimesi Júlia, Kovai Melinda, Kovács Anna,
Kőváry Zoltán, Lénárd Kata, Papp-Zipernovszky Orsolya

Szerkesztőbizottság:

Ajkay Klára, Békés Vera, Csabai Márta, Erdélyi Ildikó,
Hárs György Péter, Székács Judit, Vajda Júlia

Jelen számot szerkesztette:

Békés Vera és Székely Zsófia

E számunk megjelenését az



Nemzeti Kulturális Alap
támogatta.

Az Imágó Budapest szerkesztőség e-mail címe:

imago@imagoegyesulet.hu

A kiadó Imágó Egyesület URL címe: <http://www.imagoegyesulet.hu>

A folyóirat URL címe: <http://imagobudapest.hu>

Facebook: <https://www.facebook.com/ImagoBudapest>



Bevezetés

E számunkban, híven az *Imágó Budapest* szellemiségéhez és témái sokszínűségéhez, egy olyan, viszonylag új témakör és irányzat, a pre- és perinatális pszichológiai kutatások eredményeiből adunk némi ízelítőt, amely eléggé különleges helyet foglal el a pszichoanalitikusan orientált iskolák között.

A pre- és perinatális szemléletű kutatások nyilvános színrelépése, mondhatni, zászlóbontása, 1996-ban, az első kongresszusán, az MPPOT (Magyar Pre- és Perinatális Orvostudományi Társaság) megalakulásával történt. Az esemény a szűkebben vett orvosi elméleten és a nem kevésbé alapos reformra szoruló bevett klinikai, szülész- illetve neonatológusi – szülész női – védőnői gyakorlaton messze túl, olyan új, rendkívül jelentős szemléleti fordulat ígéretét hordozta, amely több, korábban egymástól független terület kutatási, illetve gyakorlati eredményeit kívánta egységes elméleti alapon építkezve összefogni, koordinálni és az érintettek széles körével megismertetni. Olyan területeket, mint amilyen a (nemcsak a szűk, klinikai értelemben vett) szülésfelkészítés, egyáltalán, a pre- és perinatális (orvosi) ellátás, másfelől az egyetemes etnográfia, kulturális, illetve filozófiai antropológia, valamint, nem utolsósorban, a pszichoanalízis elmélete és módszertana. Ez utóbbihoz tartoznak a klasszikus pszichoanalitikus iskolában nem tematizált elméletek és módszerek, mindenekelőtt Ferencziné és Otto Ranknak a születési traumával, illetve a Jungnak a kollektív tudattalannal összefüggő alapvetései és a belőlük levonható következtetések.

Aki csak most ismerkedik az emberi élet pre- és perinatális dimenzióival, az jelen számunk írásain keresztül jó áttekintést kaphat a prenatális tudományok régebbi és újabb témáiról, elméleti előzményeiről. A korai úttörők elméleti következtetései jobbra terápiai tapasztalataikból, illetve – már amennyire ez lehetséges – önmegfigyelésekből származtak. De, ahogy Andrek Andrea átfogó tanulmányában hangsúlyozza: „A perinatális tudományok fejlődése egyre több olyan vizsgálati eredménnyel szolgál, amelynek nyomán átíródnak az emberi fejlődésről alkotott korábbi elképzeléseink. Nevezetesen: ahogyan a testünk, úgy a személyiségünk sem a megszületés pillanatában születik, hanem jelentős fontosságú tapasztalati előzmények birtokába jutunk már a prenatális életszakasz során is.”

A perinatális szemléletmód megismerése haszonnal járhat a pszichoanalitikusan képzett terapeuták, illetve a csecsemő- és gyermekpszichológusok számára is, akiknek a maguk területén ma már egyre több új, korszerű megfigyelési módszer és kísérleti eszköz és így nyert adat áll rendelkezésükre. Így – szemben a 20. század közepéig

bevetnek számító meggyőződésekkel – ma már általánosan elfogadott a „kompetens csecsemő” fogalma és képe: vagyis, hogy az újszülött korántsem az a tehetetlen, passzív lény, aki majd csak több hónapos korától lesz képes aktívan reagálni a környezetére és kommunikációt kezdeményezni szükségleteinek kifejezésére. Ehhez a szemléleti fordulathoz persze maguknak a megfigyelési módszereknek is változniuk kellett: a csecsemőt immár mindenkor, még laboratóriumi körülmények között is „természetes környezetében”, vagyis anyjával, gondozójával együttlétében, közös térben figyelik. Mindazonáltal látnunk kell, hogy a „kompetens csecsemő” kutatói számára a relevánsan megfigyelhető jelenségek (beleértve pl. az újszülött spontán utánzó képességét) a megszületéssel kezdődnek.

Hasonlóképpen: a pszichoanalízis fejlődéstörténetét nézve tudjuk, hogy a klasszikus freudi pszichoanalízis az *ödipális* korszak kezdetét veszi az analízis útján visszamenőleg elérhető életkor határának. Tudjuk, hogy noha Freudnál is vannak utalások – főleg az álom-tanában – a perinatális életkor eseményeire, ám ő ezt a preödipális korszakot vagy az anya-gyermek viszonyt nem tekintette a pszichoanalitikus megközelítés számára releváns témának. A születést, illetve a prenatális, magzati életkorszakot pedig végképp nem gondolta bármilyen szisztematikus vizsgálódás körébe vonhatónak. Jól ismert, hogy Freud és az ortodox iskola sokáig mereven elutasított minden „preödipális eretnokséget”. Mai szemmel már-már komikusnak tűnik, de mégsem véletlenül fogalmazott nagyon óvatosan Buda Béla, amikor a hetvenes évek elején az általa szerkesztett, *A pszichoanalízis és modern irányzatai* című kötetbe felvette Ferenczi két „eretnek” tanulmányát („Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között” és „A valóságérzék fejlődésfokai és patológikus visszatérésük”): „Ferenczi nézeteit jellemzi a Freudnál szabadosabb, néha felelőtlen elméletalkotás.”¹ Márpedig a pre- és perinatális szemléletből fakadó elmélet alapvető tézise, hogy az emberi psziché, együtt a tudattalannal, még csak nem is a születéssel kezdődik. Jelen kell hogy legyen már a magzati korban is. Sőt, ehhez kapcsolódik az a további radikális tézis, hogy a magzat nem pusztán passzív alanya szülőanyja várandósságának, illetve majd a szülés-születésnek, hanem *kompetens*, aktív (interaktív) ágense mindennek a későbbi életére kiható folyamatnak.

Számunk szerzői ebben a szellemben tekintik a születendő gyermeket, mint „kompetens magzatot”, aki az anyával interaktív kapcsolatban fejlődik, sőt, ami nagyon lényeges: uniójukba az *apa* is szervesen beletartozik, a maga bonyolult, de rendkívül fontos, hosszú távon is hatást gyakorló szerepével.

Mindezekhez, mondhatni, heurisztikus kulcsfogalomként a *kötődés* szolgál, viszont immár egy időben visszafelé is kiterjesztett társas, ráadásul transzgenerációs jelentőségű értelmezésben. A technológia fejlődésének egyik „mellékes” következménye (nevezetesen hogy a vizuális ultrahang vizsgálatokat ma már a szülők is követhetik) meglehetősen nagymértékben változtatja a szülők kötődési attitűdjét is.

¹ Buda Béla (szerk.): *A pszichoanalízis és modern irányzatai*. Budapest: Gondolat, 1971, 194. Jól érzékelhető a sorok között, hogy a szerkesztő mintegy két fronton is érvelni kénytelen a döntése mellett, hogy Ferenczinek e két kései, alapvető tanulmányát publikálja. Egyfelől, a hetvenes években még bármiféle pszichoanalízist érintő írás épphogy csak megtörtnek számított nálunk, másfelől pedig Ferenczi „eretnek” korszakának munkássága az idő tájt még a nemzetközi pszichoanalitikus mozgalomban is meglehetősen elutasításban részesült.

Más oldalról, a perinatális szemléletben a pszichoanalízis születés körüli *trauma* fogalma is átértelmeződik annyiban, hogy eredetét nem feltétlenül a születés eseményéhez kötik. Sőt – amint Frigyes Júlia írásában hangsúlyozza –, maga a szülés-születés leginkább akkor válik trauma forrásává, ha a 19-20. században uralkodóvá vált intézményesített klinikai gyakorlatban „a szakmai, segítő oldal szorongástól vagy saját érdekétől vezérelve sürgetéssel, becsmérléssel, vádlással, valamilyen fizikai erőszaktétellel beleavatkozik”.

Rosemary Balsam tanulmánya a szülő-születő test körüli fogalmakkal és fogalomzavarokkal foglalkozik az anyai test, a „pszichoanalitikus test”, a biológiai nem és a gender közötti kapcsolatokra és változásokra reflektálva. A szerző Kristeva abjekt-fogalmát hívja segítségül annak a tudattalan félelemnek a megértéséhez, ami a test szaporodóképesével való szembesülést övezi a mindennapokban és az elméletekben is.

Kisdi Barbara a dűlaválasztás sokrétű motivációit vizsgálta anyákkal készített mélyinterjúk segítségével. A tanulmány az anyák tudására és elvárásaira vonatkozó önreflexiókból kiindulva, a biopolitika és tudáspolitikai keretei között értelmezi a dűlaválasztás motivációit.

A pszichoanalízis történetében azáltal, hogy az „eretnek” pszichoanalitikusok különös figyelmet fordítottak a preödipális életszakasz traumáira, újfajta hangsúlyt kapott a korai (és korántsem problémamentes) *anya-gyermek kapcsolat* mint a gyermek életét hosszútávon befolyásoló traumák egyik ősforrása. Magát a kapcsolatot fókuszba állítva, és a vizsgálatát időben visszafelé, a magzati időszakra is kiterjesztve, egy korábban közelebbről nem vizsgált, lehetséges trauma-fogalomra koncentrált és ezzel dolgozott a kilencvenes évektől kezdve Hidas György (1925–2012) és Raffai Jenő (1954–2015). Az általuk kimunkált baba-mama kapcsolatanalízis alapfeltevése azon a terápiás megfigyelésen alapul, hogy számos pszichés betegség olyan méhen belüli traumákra vezethető vissza, melyek sokszor megelőzhetők lennének, ha „elég-jól”, *akadálytalanul* működne a mama és magzata közötti speciális kommunikáció („lelki köldökzsinór”). A kapcsolatanalízis során az analitikusok a mamát megtanítják a magzattal való kommunikációra, miközben segítik a saját traumáival való szembesülésben, és megerősítik anyai szerepében.

Ez utóbbi témában bevezetéssel és lábjegyzetekkel kiegészítve közöljük Hidas György két hátrahagyott kéziratát, ahol autentikus forrásból kapunk leírást a baba-mama kapcsolatanalízis elméleti forrásairól, módszereiről és lehetőségeiről.

Végül Kulig Barbara recenzióját olvashatják Székely Zsófia *Egymás-állapot: Szülésznők – bábák – dűlák tapasztalatai a segítő kapcsolatról* című frissen megjelent könyvéről.

Békés Vera, Székely Zsófia



Rosemary Balsam

A szül(et)ő test és zavarodott helye lelki életünkben*

A szül(et)ő biológiai testnek meghatározó kapcsolata van a mentalizált testtel, a „pszichoanalitikus testtel”. A felszínen ez az állítás egyértelműnek, sőt nyilvánvalónak tűnhet. De ez a kapcsolat annyira mélyen beágyazott a pszichoanalitikus elméletbe és annak történetébe, hogy sokkal homályosabb, mint gondolnánk. Eredetileg Freud és a legtöbb követője számára nem tűnt problémának az összefüggés. De már Karen Horney és Ernest Jones – más korai disszidens pszichoanalitikusok mellett – alapvető kérdéseket vetettek fel azzal kapcsolatban, milyen torz módon jelennek meg a nők és a női test Freud elméletében, amely legfőképp a férfi testéről gondolkodott világosan és egyértelműen. Freud a „pszichoanalitikus test” eme kritikai konfrontációjára válaszként egyre buzgóbban ragaszkodott eredeti elméletéhez, többek között leírta, hogy a kislányok tulajdonképpen kisfiúként kezdik mentális életüket (Freud, 1908, 1925). Ez az elmélet volt az első erőfeszítés annak megfogalmazására, hogy a valóságos test milyen rétegekben van kiszolgáltatva az elme róla alkotott képének, ha mégoly bizonytalan is az a nemiségről alkotott elméleti keret, amelyben született. A mentális folyamatokkal kapcsolatos elméletalkotás pedig hagyományosan a pszichoanalízis felségterületéhez tartozik.

A pszichoanalízis ezen korai, „egynemű”¹ változata nagyjából az 1960-as évek közepéig fennmaradt mint elfogadott „bevett” elméleti keret. Annak ellenére, hogy számos tanulmány rámutatott a hibáira, és maguk a nőnemű analizáltak is ismételtelen felfedték azokat, a nemekkel kapcsolatos elmélet ezen változatát továbbra is ugyanúgy tanították az analitikus kiképző intézetekben. Például gyermek-pszichoterápiás körökben soha nem kritizálták vagy kérdőjelezték meg alaposabban, vajon érvényesek-e az állítások. Ugyancsak nem jött létre olyan alternatív elmélet, mely – szemben a férfiközpontú megközelítéssel – a két nem közötti biológiai különbségeket is figyelembe vette volna. Ehelyett a testről való gondolkodásunkban a zűrzavar uralkodott. Ez a zavaros aréna tele volt olyan megkérdőjelezhető összehasonlításokkal, mint például „ha a kisfiú x, a kislánynak feltétlenül y-nak kell lennie” – végtelenül

* Eredeti megjelenés: On the natal body and its confusing place in mental life. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2019, 67(1): 15-36.

¹ Arról, hogy Hippokratész óta a test „egynemű” (férfiközpontú) elmélete uralta az orvostudományt, lásd Laqueur, 1990.

ismételgetve azt az alaptémát, hogy a hímneműek anatómiailag teljesek és elégedettek, míg a nőneműek hiányosak és elégedetlenek. Ezen ködös gondolkodás fenntartása jól szolgálta az Ödipusz-komplexus elmélete iránti nosztalgiát (Balsam, 2015a,b). Valójában a pszichoanalízis „egynemű” változata háborítatlanul kitarított egészen a jelenkorig – gondoljunk például Lacanra. Az újabb szelf-elméletek, köztük Bowlby és Bion elméletei is, meglehetősen hajlamosak voltak figyelmen kívül hagyni a mindennapi élet kifejezetten nemhez kötött testi tulajdonságait – az elméletalkotás eme tüskés bozótját a későbbiekben még tárgyalom. A nyilvánvaló figyelmen kívül hagyása önmagában is problémás, de ez egy másik kérdés.

Különösen az Egyesült Államokban, az 1960-as évek után vált sokkal kétértelműbbé a korábbi pseudo-egyértelműség a születési test, a nem, a gender és a tárgyválasztás közötti kapcsolatokról. Általános társadalmi zűrzavar, a feminizmus második hulláma, a melegjogok, az LMBTQ-kérdések, a queer elmélet bevezetése, valamint a nemi szerepekről alkotott változó nézetek közepette zajlott ez a folyamat. Az anyagi testről alkotott képünk is képlékenyebbé vált az orvostudomány fejlődésének köszönhetően. A testi nem műtét és/vagy hormonok révén történő megváltoztatásának története az 1930-as években nagyon szórványosan megjelent esetektől az 1960-as évekre a transzneműek helyzetének amerikai egyetemi klinikákon való tárgyalásáig változott. Az anyagi test megváltoztatásának biztonságát és etikáját folyamatosan és intenzíven vitatták, ahogy egyre nőtt az ilyen segítséget kérők száma. Az Egyesült Államokban az 1960-as években bevezették a fogamzásgátló tablettát, ez pedig gyökeresen megváltoztatta a női testről való gondolkodásunkat, a nők véleményét saját reprodukív képességükről és annak kontrollálhatóságáról. Eszerint tehát a születési test külső eszközökkel radikálisan megváltoztatható.

Egyetemi körökben a filozófiailag tájékozott posztmodern tudósok ekkoriban már megkérdőjelezte a „tekintélyt”, a tekintélyelvű gondolkodást, különösen az orvosi világ hatalmát az egyén teste felett. Az orvostudomány létjogosultsága természetesen továbbra is fennmaradt, hiszen az emberi test működésével kapcsolatos fontos tapasztalataira szükség van. Az analitikus terápiában végre megkérdőjelezték a korábban lefektetett pszichoanalitikus „igazságokat”, ennek nyomán pedig gyümölcsöző vita bomlott ki. A biológiai esszencializmust magában hordó elméletet kikezdték, és új elképzelések jelentek meg (lásd Chodorow, 1994). 1973-ban az Amerikai Pszichiátriai Társaság végül elismerte, hogy a „homoszexualitás” nem patológiás jelenség. A „szexualitás” helyett „szexualitásokról” kezdtünk el beszélni, és a korábban egyértelmű határvonal elmosódott a patológia és a test feletti rendelkezés, a test használatának normatív tartománya között. Ezen régi és új gondolatok hasznosságát vagy haszontalanságát még mindig próbáljuk utolérni, mérlegelni és integrálni (lásd pl. a régimódi *perverzió* kifejezés integrálására tett kortárs kísérletet: Celenza, 2014).

Úgy gondolom, hogy a zűrzavar megélése napjainkban jogos reakció a terapeuták és analitikusok részéről, hiszen a születési test egészen eltérő szemléletmódjaival kellene dolgozniuk, ahogyan azt az elméletalkotók különbözőképpen elgondolták. A páciensek, kliensek segítségért fordulnak hozzánk, és problémáik természetéből adódóan maguk is zavarodottak. Az elméletalkotásban azonban nem szabad arra törekednünk, hogy kérdés nélkül eloszlássuk ezt a zűrzavaros állapotot, amelyet a

születési test állapota és az elméleteinkben tükröződő ellentmondásos vágyak és fantáziák láncolata közötti szakadék hozott létre. Azt javaslom, fogadjuk el ezt a zavarodottságot azáltal, hogy megpróbáljuk elismerni és feltérképezni tudatlanságunkat. Így tudunk adatokat gyűjteni a testről – a megtestesülés (*embodiment*) jelenségéről, amelyeket vitára bocsáthatunk. Ez fontosabb (és körültekintőbb) cselekedet, mint mihamarabb új „igazságok” kikiáltására törekedni, amelyekkel esetleg a tudományterület fejlődésének ebben a szakaszában korai zárásokat kockáztatunk.

Tanulmányom következő részében olyan témával foglalkozom, amely a tagadás kiváltásával tovább fokozhatja zavarodottságunkat. Már Freud és követői „ködösítettek” a pszichoanalízis korai időszakában, hiszen nem vették figyelembe születési testünk programozott fogamzóképségének biológiai valóságát. Nagy bosszúságunkra (mely főként filozófiai bosszúság, hiszen a pszichológiában tartózkodunk a polarizált gondolkodástól) a testek általában *valóban* éles polaritást mutatnak abban, hogy a szaporodás szempontjából férfiként vagy nőként programozzák őket. Pszichológiailag kívánhatjuk, és bizonyos mértékig biztosan képesek is vagyunk túllépni ezeken a testi korlátokon.

Felvázolok néhány zavart, majd rámutatok néhány ígéretes, továbbgondolásra érdemes – vagy éppen ellenkezőleg, haszontalan – irányra. Korábban már tettem erőfeszítéseket, hogy visszaállítsam a női testet mint olyat a férfi testtel egyenrangúvá (lásd pl. Balsam, 2012, 2013), nem tűnik számomra véletlennek tehát, hogy a *szaporodóképes test* témája (mindkét nemnél) az eltörlés forrása az elméletalkotás folyamatában. Úgy tűnik, hogy ez vonatkozik a queer elméletre és a meleg, lesbikus, biszexuális és transznemű kérdésekről szóló sok írásra is. Őszintén szólva, a szervezet szaporodóképségét sok analitikus *észre sem veszi*, amikor fantáziadúsan ábrázolja páciensei belső, nemiséggel kapcsolatos aggályait – kivéve, ha a „baba akarása” tudatos és aktív terápiás probléma az adott páciens számára. Azt állítom, hogy a test szaporodóképségének ilyesfajta megszüntetése a női testtel kapcsolatos archaikus szorongásokból fakad, amely test képes egy idegen másikat elszállásolni, majd kiadni a világba. Ez az archaikus szorongás ahhoz az ellenálláshoz kapcsolódik, mely lehetetlenné teszi, hogy maga a test biológiai valósága értelmes szerepet töltsön be a pszichoanalitikus elméletalkotásban. Attól tartok, hogy amíg mi, pszichoanalitikusok nem tudunk olyan kérdéseket szem előtt tartani, amelyek orvosolhatják ezt a tévedést (akkor is, amikor a terápiában a pszichoanalitikus test olyan ügyeivel foglalkozunk, amelyek meglehetősen távolinak tűnnek a szaporodási *tevékenységektől*), addig fogalmi bizonytalanságban maradunk a nemiség történeteinek ködös, hiányzó darabjai közepette. Hajlamosak vagyunk könnyedén megelégedni a testrészek töredezett kollázsával, amellyel kapcsolatban védekezésként ragaszkodunk ahhoz, hogy az valamiféle „valódi igazság” a pszichoanalitikus testről, mely nem igényel további finomítást.

A pszichoanalitikus test története

A pszichoanalitikusok tudják, hogy bárkinek a belső testportróját, vagy általában bármely kommunikálható pszichoanalitikus testet erősen befolyásol a tudattalan nézőpont, amely hagyományosan leginkább a páciens szabad asszociációi fátylának fellibbentése által mérhető fel. Freud pszichoszexuális fejlődésmélete beépült az 1923-as személyiség-szerkezet-elméletbe; a pszichodinamikus működést – feltételezhetően egyetemlegesen – az Ödipusz-komplexus alakítja. Ha a heteroszexuális fallikust jelent, akkor minden férfit és fiút „férfiasnak” tekintettek. Ha nem fallikus, akkor „nőiesek” voltak. Például a férfi végbélnyílás szexuális használata elkerülhetetlenül „nővé” tette a férfit (erről a témáról későbbiekben még lesz szó). A libidó elmélete a veleszületett biológiai „bisexualitás” fogalmát is megadta, amely indoklasként szolgált arra, hogy a társadalom időnként a férfiakat „nőiesnek” vagy a nőket „férfiasnak” tekinthesse. Ezek az elképzelések az anyagi női szaporodóképes testtel kapcsolatos mély elfogultságokon és félreértéseken alapultak (pl. a csikló férfiasként elképzelt szerepe és a hüvely tagadása). Ha pedig a nők nem heteroszexuális irányultságúak voltak, akkor ebből következően „férfiasnak” tekintették őket. Így a pszichoanalitikus elmélet minden homoszexuális embert pszichológiailag éretlennek ábrázolt. A lányok és nők testének intuíciónkkal szembemenő, kitalált konstruktuma jól illeszkedett a fallikus világnézet és az ödipális komplexus központi szerepének fenntartásához, melyek a nemzetközi pszichoanalitikus mozgalom fogalmi sarokkövei voltak. Mégis, már Freud is egyértelműen megfogalmazta, hogy az Ödipusz-komplexust kifejezetten férfiaknak modellezte. A nőket mint női lényeket el kellett törölni, nehogy lerontsák az elmélet intellektuális koherenciáját és azokat a hitrendszerket, melyek összetartották a nemzetközileg virágzó mozgalmat.²

Sokan írtak már a pszichoanalitikus elmélet fordulatairól és változásairól, amelyek egyre nyitottabb gondolkodású pluralizmushoz vezettek: a libidóelmélet csökkenő jelentőségéről; a tárgykapcsolat-elmélet térnyeréséről (először Greenberg és Mitchell [1983]); arról, hogy a posztmodern dekonstrukció aláássa a kinyilvánított „tekintély” minden formáját, különösen a biológiát és a pozitivista tudományos tudás állításait; a szubjektivitás elsődlegessé tételéről az objektivitással szemben; a trauma jelentőségének tudatosításáról; a viszontáttétel kulcsszerepéről a páciensek kezdetleges kommunikációjának értelmezésében, beleértve a pszichoanalitikus test által közvetített üzeneteket is (lásd pl. Aron, 1998; Stern és Hirsch, 2018); a személyes elfogultságok keresésének és a homoszexualitás normalizálásának elterjedéséről; és végül, az írások osztoznak a szexualitással, a nemekkel, valamint a tárgyválasztással és viselkedéssel kapcsolatos mindenfajta egyszerűsítő bináris vagy kategorikus gondolkodással szembeni szkepticizmusban.³ A rendezettebb klasszikus pszichoanalitikus elméletől

² Lásd pl. már Freudot a témában, pályafutása végén (1931); vagy Makari értekezését az ödipális elmélet és a politika közötti kapcsolatáról, amely a pszichoanalízis ügyéhez („*die Sache*”) szükséges, amint azt a másként gondolkodók száműzése is mutatja (2008); vagy Balsam gondolatait arról, hogy milyen következményei vannak az ödipális mítosz összeilleszthetlenségének a női testen belüli női fejlődéssel (2015).

³ Sok kortárs szövegben látható (pl. Dimen, 2003; Harris, 2009; Corbett, 2011).

való eltávolodás lépésről lépésre folytatódik. Az 1970-es évek utáni korszakban (és jelenleg is tartó) örömteli felszabadulás érzékelhető a 18-19. századi társadalmi elnyomás alól a nemek és a nemi szerepek tekintetében. Meglepő módon azonban a szaporodóképesség mint mindenütt jelen lévő jellemző gyakran hiányzik a pszichoanalitikus testtel szembeni nyitottabb attitűdökből is.⁴

A „férfias” és a „nőies” szavak obstruktív használata

A társadalmi és biológiai nemet („sex” és „gender”) a „férfiassággal” és a „nőiességgel” kapcsolatos merevségekbe forrasztották. Hatalmas zűrzavar alakult ki a nemmel rendelkező test férfiasságának vagy nőiességének (biológiai tények) a „férfiasság” vagy „nőiesség” kifejezésekkel – szubjektív állapotokkal – való összeolvadásában.⁵ Például továbbra is zűrzavarok vannak a „férfias” viselkedési eszmékkel kapcsolatban, amelyek valójában társadalmi értékrendszerek, amelyek betartását a mentális egészség mértékének tekintik azok számára, akik férfi testtel rendelkeznek, és így péniszük van (merevedő „fallosz”). Azokat a „nőies” eszméket, amelyek valójában szintén társadalmi értékrendszerek (pl. a nő legyen szexuálisan támogató a férfiakkal szemben), úgy kezelik, mintha szükségszerűen a női testtel rendelkezők egészségének függvénye és mértéke lenne. A társadalmilag jóváhagyott személyiségjegyek és a test tulajdonságainak ezen egyvelege, amelyet úgy kezelnek, mintha együttjárásuk teljesen természetes lenne, még mindig működik, miközben olyan régebbi elméleteket használ, mint például a kleini fantázia-konstrukciók, amelyek természetesen ugyanabban a korai 20. századi kulturális miliőben jelentek meg, mint Freud elmélete.⁶ Különösen az Egyesült Államokban, a „férfias” és a „nőies” kifejezéseket fokozatosan igyekeznek idézőjelbe tenni.

Íme két példa a különböző korszakokból arra, hogy a nagy teoretikusok akaratlanul is terjeszthetik a pszichoanalitikus genderelméletet elhomályosító, félrevezető társadalmi üzeneteket.

Az első jelenet az 1970-es évek végén játszódik, Kurt Eissler elegáns New York-i lakásában. Lelkesen és őszintén tanított bennünket, pszichoanalitikus-jelölteket. „Azért magasabb rendűek a férfiak – mondta Eissler –, mert több millió spermájuk van, látják, miközben a nő csak egyetlen petesejtet képes előállítani egyszerre!”

A következő pillanat 2016-ból származik, Paviából, az olasz pszichoanalízis csodálatos és nagylelkű otthonának szívéből. Részt vettem ott egy szemináriumon,

⁴ Ismételten hangsúlyozom a „szaporodóképességet” mint lehetőséget – ne következtessünk feltétlenül bármilyen cselekedetre is. Azt feltételezem, hogy sokkal gyakrabban képzelhetjük el a hatását, mint ahogyan az a klinikai/terápiás vagy elméleti szövegekben megjelenik. És gondoljunk a gyerekekre, a kisbabák és saját származásuk iránti erőteljes érdeklődésükre: ez a gondolkör az egész életünk során ugyanolyan fontos marad, mint ahogy azt már Freud is megállapította 1905-ös írásában – mielőtt még olyan mereven kezdett volna gondolkodni a nemekről és a szexualitásról.

⁵ Dianne Elise (1997) segítőkészen javasolta, hogy használjuk a „nőiesség érzése” fogalmat a női test érzékletének belső visszhangjára, így nem kockáztatjuk a „nőiességhez” ragadó értékítéleteket. Ezt az érzést a kontextusnak megfelelően akár egy férfi, akár egy nő is megtapasztalhatja.

⁶ Lásd a szerző értekezését a kortárs John Steiner, kleini pszichoanalitikus tanulmányáról (Balsam, 2018).

amelyet a szeretett és fantáziadús Antonino Ferro, a bioni mezőelmélet atyja tartott. Az íróasztala tetejéről levett egy kis dobozt, amelyben tollakat tartott, és egyik kezével ki-be tolva a tollakat a nyíláson, valami olyasmit mondott: „Látják, ez nőies”, a dobozt tartó kézre nézett, miközben „Ez pedig férfias”, utalva a tollakkal behatoló mozdulatot végző kézre. Legalább egy analitikus társammal összekacsintottunk... Szóval, nem, én azt szeretném mondani – szerintem ez csak a különböző közösülési pozíciókra volt példa. Ez lehet a misszionárius pozíció a heteroszexuális közösülésben egy férfi és egy nő számára; vagy orális vagy anális férfi-nő szexuális helyzet vagy orális vagy anális férfi-férfi közösülés. Az, hogy mi „nőies” és mi „férfias”, az sokkal egyénibb is lehet. Ez az állítás nem tagadja meg a biológiai valóságot, a pénisz a férfi része (de nem feltétlenül „férfias”); és a hüvelynyílás a nő része (de nem feltétlenül „nőies”). Egy nő például azt állíthatja, hogy számára az aszexualitás a „nőiesség” csúcsa. És ez alapulhat például azon, hogy hogyan tapasztalta meg saját anyja érzékenységét. Talán elég itt annyit mondani, hogy az elméleti leírásokban alkalmazott nyelv megérdemli, hogy tükrözze a leggondosabb gondolkodási folyamatainkat.

A szaporodóképes test elvesztése

Posztmodern gondolkodásunkban bármi, ami a szexualitással kapcsolatos nemiséget jelöli, szándékosan elszakadhat a test referenseitől, a szexualitás és a nem szétválasztása érdekében. Az analitikus terápiában a páciensek természetesen rendszeresen hasított gondolkodást mutatnak ezekben a témákban. Ez a védekező hasítás gyakran a szorongás és trauma kezelésére tett kísérlet. Ugyanakkor a metaelméletek is tudnak ilyen hasító mechanizmusokat alkalmazni, éppen azért, hogy a testet és az elmét lehetőleg távol tartsák egymástól. Elisabeth Young-Bruehl (1991) rámutatott, hogy a fogalmi misztifikációk általában ismétlődnek, és egyre összetettebbé válnak az ismétlések során. Így a szexuális test alapvető objektív ténye – mivel létezésének elismerése traumát is magában foglalhat fontos szaporodóképessége miatt – még jobban visszahúzódik az örvénylő ködbe.

A társadalmi konstruktivizmus gyümölcsöző lehet abban, hogy segítsen nekünk kibogozni a „férfias” és a „nőies” merev elképzeléseket biológiai esszenciális gyökereikből, amelyek annyira elcsúsztak az idők során.⁷ De ez a szétválasztás akár túl messzire is vihető – különösen, ha valaki igyekszik a biológiai nem - gender kapcsolat teljes funkcionális skáláját elképzelni és megtárgyalni. Judith Butler nagyhatású könyvében, a *Problémás nembn* a teljes leválasztást javasolja: „A biológiai nem látszólag természetes tényei diskurzívan jönnek létre más politikai és társadalmi érdekek szolgálatában. Amennyiben a biológiai nem megváltoztathatatlan jellegét kétségbe vonjuk, talán a biológiai nemnek nevezett konstruktum is ugyanolyan kulturálisan létrehozott termék, mint a társadalmi nem; és valóban, talán mindig is társadalmi nem volt, amiből az következik, hogy mint kiderül, a biológiai nem és a

⁷ Lásd például Silverman történeti beszámolóját (2003), vagy Chodorow értekezését a biológiai esszencializmus negatív hatásairól (1994).

társadalmi nem közti megkülönböztetés egyáltalán nem is megkülönböztetés.” (Butler, 1990/2006, 49.).

A nem (a biológiai testre utalva) és a gender (a nemiséggel felruházott szelf mentális portréja) közötti különbséget – amelyet először Stoller ajánlott fel 1968-ban – sok analitikus még mindig hasznos fogalmi előrelépésnek tekinti Freud túlságosan összegző szexualitás-fogalmához képest. Ezt a megkülönböztetést haszonnal alkalmazták a feminizmus második hullámának irányzatai a pszichoanalitikus tanok felülvizsgálata során. A biológiai testet így a mentalizált testtől jobban elkülönültnek (vagy elválaszthatóbbnak) tekintették, mint a régebbi modellben. Ez a lépés megkönnyítette a nem és a gender közötti különbségek további megértését, kevésbé merev, átjárhatóbb kölcsönhatásokkal a kettő között. Amit azonban Butler a *Problémás nembn* előterjesztett, az egy teljes megosztottság, így az anyagi test ismét összeolvad egy biológiai-társadalmi nem (egyöntetű) identitással, amelyek mindegyikét ma már „társadalmilag felépítettnek” és „performatívna” tekintik, így ez nem hagy teret egy függetlenebb anyagi test fogalmának kialakításához. Mindemellett van itt egy hatalmas, pozitív különbség Freud eredeti ömlesztett szexualitás-fogalmához képest. Butler (és sok más szerző) újabban hangsúlyt fektet e fogalmak társadalmi értelmezésére, mely abszolút ellentéte a kétnemű „biológiai esszencializmusnak”⁸ (ez a vétek Freudnak és követőinek tulajdonítható, különösen azoknak, akik orvosilag képzettek voltak). Azt az elképzelést azonban, hogy „az én elsősorban valami testi jelenség” (Freud, 1923/1991, 30.), mindezekkel az előrelépésekkel együtt sem vetették alá soha semmilyen valódi kritikának a pszichoanalízisben. Inkább az ösztön- és konfliktuselmélet halt el a biológiai esszencializmus szűk keresztmetszeteivel együtt, így az „én/ego” sok elméletben visszatérő fogalom maradt, de sokkal bizonytalanabb a test biológiájához való viszonya, mint amilyenel eredetileg rendelkezett. A „nőiesség” vagy a „férfiasság” régi megfogalmazás helyettesítésére jó javaslat például Elise „nőiesség-érzet”- „férfiasság-érzet” (1997) kifejezése, amely hangsúlyozza a szubjektivitást, miközben némi ráhangolódást sugall a test megismerésének folyamataira (amely az adott személy szexuális testéből is származik). Talán ez a kifejezés kevésbé van kitéve értékítéleteknek is. Ugyanakkor a Karen Horney által készségesen bevezetett „elsődleges nőiesség” kifejezést az évek során igen produktívan megkérdőjelezték (Kulish, 2000).

A test mint olyan tehát, amely magába foglalja a szaporodás képességét is, most újrafelfedezésre és újragondolásra vár. A közelmúltban ebbe az irányba tett lépés volt a Columbia Pszichoanalitikus Központban tartott szimpózium és az ennek nyomán megjelent, Vaia Tsolas és Christine Anzieu-Premmereur által szerkesztett 2018-as kötet: *A test pszichoanalitikus felfedezése a mai világban: A testről*. A szerzők a gyors társadalmi és technológiai változások összefüggésében tárgyalják a psziché kortárs kapcsolatát a változó testi jelenségek széles spektrumával, miközben a test anyagiságát (valóságosságát) továbbra is központinak tartják. Hogy néhány példát említsek a kötetből: a szerzők tárgyalják a beteg testet, a szexuális testet, a beszélő testet, az

⁸ Emlékeztető a biológiai esszencializmushoz: ha valaki férfi vagy női reprodukív szervekkel született, akkor a viselkedésének pontosan meg kell felelnie az előírt „férfiasságnak” vagy a „nőiességnek”. A biológiai esszencializmus súlyosan téves fogalom. Teljes mértékben ellentétes a valós klinikai tapasztalatokkal.

asszisztált reprodukció által megváltozó család testét, valamint a változó névmások használatát, hogy tükrözzék a szubjektíven megtapasztalt nemet. A kötet Kristeva tanulmányát is tartalmazza, mely a heteroszexualitás törekenységéről értekezik a modern „szülőség” megélésében, ahogyan azt ő értelmezi (Kristeva, 2017). A szerzők kiemelik, hogy ebben a korszakban a test az orvosi technológia fejlődésének köszönhetően minden eddiginél könnyebben megváltoztatható, és hogy az internet korában az interaktív psziché is sokkal változatosabb társas vonatkozásaiban.

Érdeemes tehát feltenni a kérdést: Milyen messzire tudunk eltávolodni teljesen működőképes biológiai testünktől annak érdekében, hogy optimális mentális függetlenséget érjünk el, és mégis képesek legyünk megtartani a test és az elme közötti döntő kölcsönhatást, amely egyéni „pszichoanalitikus testünk” legtágasabb változatát nyújtja?

Julia Kristeva a test – és a szaporodóképes test elméleteiről

Julia Kristeva „abjekt” fogalma és a „puszta horror” érzetéről szóló írásai (1980) segíthetnek megragadni a női testtel szembeni erőszak és ellenszenv minőségét, amely sok helyen kiváltja a nők becsméréseire, a női testtel rendelkezők ellenőrzésére és bántalmazására irányuló általános vágyat. Kifinomultabb alakjában ellenséges vágyak lehetnek ezen testek eltörlésére, és különösen a férfiakkal való egyenlőségből való kizárására. Kristeva képileg, szuggesztíven és költőien is bevon minket elképzeléseibe, fantáziáiba, és úgy vélem, a nőkkel szembeni általános attitűd *legdurvább* aspektusait mutatja meg, amelyek a nők szülési képességére irányulnak. Ezen általános attitűd a nőnemű embereket az alacsonyabb rendű állatokhoz hasonlítja, akiket a termékenységi ciklusaik uralnak, és akiknek teste főként az utódaik és a férfiak szolgálatában áll, vagy a saját izgalmaikban, hogy ezeket a ciklusokat kiszolgálják. A nőkről alkotott elképzelés a *társadalmi tudattalan része*, és borzalmas vonásokat ölt, melyek gyakran a szülési-születési folyamatokon és tapasztalatokon, valamint a nők szülési képességén alapulnak.

A születés tekintetében az „abjekt” fogalma teljes mértékig ellentétes a hidegen távolságtartó klinikai érdeklődéssel és a klasszikus pszichoanalitikus elmélettel. Kristeva, az antropológus, vagy a 18-19. századi szépirodalom olvasói és tudósai, vagy a szülészettörténet, vagy a puszta történelem hallgatói számára – a traumatikus tudattalanban a halál és a gyötrelmes gyász büze ott van a levegőben, amikor *közel* vagyunk magához a születéshez és az életörömhöz. Mintha ez a borzalmas tudattalan fantázia túl gyakran került volna túl közel a „gyermekágy” valóságához, így sok éven át transzgenerációs traumát okozott férfiakkal és nőkkel egyaránt. Vegyük például az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2018-as hírlevelének statisztikáit. Az „anyai” okokból eredő halálozás élethosszig tartó kockázata azzal mérhető fel, hogy mennyi az esélye annak, hogy egy tizenöt éves nő meghal a terhesség vagy a szülés szövődései miatt: a fejlődő országokban ez az arány 1 a 180-hoz, a „törekeny államoknak” értékelt országokban pedig 1 az 54-hez. A fejlett országokban a kockázat körülbelül 1 a 4900-hoz, ami még mindig meglehetősen megdöbbentő. Nem csak a

túlságosan is gyakori mindennapi tragédiáról van itt szó, hanem a súlyos mentalizált traumáról is. Nem csoda, hogy mind a férfiak, mind a nők pszichológiailag elfordulnak a születés vadságától. Ha esetleg az olvasónak segítségre van szüksége a test viszontagságainak elképzeléséhez, íme a lista ugyanebből a WHO-forrásból: „súlyos vérzés (többnyire szülés utáni vérzés); fertőzések (általában szülés után); magas vérnyomás a terhesség alatt (pre-eklampszia és eklampszia); komplikációk a szülés során; nem biztonságos abortusz.”

Kristeva ezt írja: „Egy véres és gennyes seb, vagy a verejték, a hanyatlás beteges, csípős szaga. [...] Ezek a testnedvek, ez a beszennyezetség, ez a szar az, amit az életnek – alig és nehezen, de – ki kell bírnia a halál részéről. Ott élő lényként állapotom határán vagyok” (1980, 3.). Elmagyarázza, hogy ez „arra a helyre vonzza, ahol a jelentés összeomlik” (1980, 2.). „Az abjekció megőrzi azt, ami a tárgykapcsolatok előtti archaizmusban létezett, abban az ősrégi erőszakban, amellyel egy test elszakad egy másik testtől, hogy önállóan létezhesen” (1980, 10.).

Ezekkel a szavakkal Kristeva elvezet minket a fizikai megpróbáltatások helyszínére, az elválás, a veszteség, a halott placenta maradványainak területére, az emberi születés élet-halál drámájához, és a nőhöz ebben a születési aktusban, amely megteremti a kölcsönös kapcsolódást csecsemőjével, aki elkezd élni (Kristeva, 2011) – az érzékszervi érzések állapotaihoz, amelyek segítenek a civilizációnak a nyelv és a kommunikáció létrehozásában.

A test nyelve

Griffin Hansbury tanulmánya, a „The Masculine Vaginal” (Hansbury, 2017) érdekes kortárs képet nyújt a test és a nem kapcsolatáról; bár az nem világos, hogy Hansbury kreatív segítséget nyújt-e, vagy csak tovább homályosítja megértésünket. Tanulmányában a Kevinnek nevezett páciensével végzett analitikus munkát ismerteti. Hansbury és azok is, akik megjegyzéseket fűztek munkájához, úgy beszélnek Kevin „pszichoanalitikus testének” szexuális részeiről, mintha ezek a testrészek – melyekkel Kevin és az analitikusok küzdenek – csak a szexuális aktus öröméhez vagy fájdalomához, Kevin szexuális identitásához járulnának hozzá. Nem említik és nem foglalkoznak a reprodukcióval, mintha nem is létezne: semmilyen következtetés nem mutat ebbe az irányba.

Hansbury egy új nemi szerv létezése mellett érvel – egy születése szerint férfi, felnőttként meleg cisz nemű férfi számára. Úgyszólván egy „férfias vaginális” szervről beszél, és bemutatja annak fontosságát, hogy a terapeuta interaktívan elfogadja ezt a felnőtt (születése szerint) férfi beteget, és különösen a „pinám” jelenlétét a testében (Hansbury, 2017, 1010.). A metateoretikus javaslat itt az, hogy a „hüvelyi” legyen a férfi „fallikus” női ikonikus megfelelője. Hansbury állítása szerint a női testi erő szimbólumai ekkor megszabadulhatnak az anatómiai testtől⁹, és ennek a szabadságnak köszönhetően a „hüvelyi” a férfiak és a nők között felcserélhetőnek tekinthető,

⁹ Feltehetjük persze a kérdést, hogy a szerzőnek vajon miért kell olyan gyorsan elmenekülnie a női test anatómiájától, és el is törölnie azt – márpedig a női test e szimbólum kialakulásának testi alapja.

akárcsak a lacani elméletben a „fallikus” erő. Fontos, hogy ezt a férfias „pinát” a terapeuta és a beteg *sem* úgy tekinti, mint a végbélnyílás fantáziáját a szexuális aktus során – ahogy ezt egyébként Donald Moss feltételezte a megjegyzésében (Hansbury, 2017, 1054.). Inkább arról van szó, hogy Kevin „pináját” a pszichés és anyagi valóság keverékének tekintik, és ezen „mintha” tér konkretizálását mind a beteg, mind az analitikus bátorítja egy „nem megkérdőjelezhető” pszichológiai terepen (Winnicott nagyon hasonlóan jár el, amikor kérdés nélkül elfogadja a kisgyermek mindenhatóság iránti igényét az átmeneti tárggyal kapcsolatban). Hansbury számára a „»férfias hüvelyi« túlmutat az elméleti fogalmakon, és sok transznemű férfi megtestesült élményéhez közelít, akik egész, részleges és/vagy ideiglenes »női« testben élnek” (Hansbury, 2017, 1009.).

A tanulmányban egy másik ponton a beteg elmeséli, hogy milyen megszállottan keresi, hogy egyre nagyobb tárgyakat vezessen be a végbélnyílásába – egy adott ponton olyan veszélyessé vált, hogy perforált a vastagbele, és sürgős műtétre volt szükség. Úgy gondolom, ezt a testi történetet lebecsülik. A végbélnyílás tágítása talán kísérlet arra, hogy megközelítse vagy utánozza a szülőcsatorna fantáziált tágulását a szülés során? Azon tűnődtem itt, hogy vajon ez az esetvita azt példázza-e, hogy a nőiesség förtelmes (abjekt) állapotának kristevai borzalma hogyan jelenik meg a klinikai anyagban – miközben magát az alkalmazott elméletet elhallgatja, így a születés kimondhatatlan dimenziójának kísérteties birodalmában maradhatunk.

Egyszerűbben fogalmazva, Hansbury ikonografikus erőfeszítése, hogy *magát a hüvelyt* női szervvé tegye, jelezve, hogy a szexuális erő érett csúcspontja egyenértékű az erekált pénisszel (fallosz), a női test teljes félreértése. A női test teremtő-ereje minimálisra csökken, és a szexuális szervek funkciója kizárólag az erotikus szex témakörére szűkül. Hansburyvel ellentétben én azt gondolom, és már írtam is erről, hogy a *várandós méh* a teljesen erekált pénisszel egyenértékű hatalmi szimbólum (Balsam, 2003). Bár teljes szívemből egyetértek azzal, hogy az ilyen mentalizált szimbólumokat nem kell kifejezetten ahhoz az anyagi testhez kötni, amelyből származnak, és fantáziákként is önálló alakító erővel rendelkeznek, ugyanakkor a nemi szervek eszméjének egyformán erotikusnak és szaporodóképesnek megtartása nagyon nehéz. Ez a maradandó és mindenütt jelenlévő nehézség valószínűleg a kristevai birodalomba tartozó archaikus réműletek felidéződése miatt lehetséges. Hansbury és Kevin messze nincsenek egyedül azzal, hogy a nemi aktuson kívül a hüvely minden más funkciójától félnek.

Amit Hansbury és Kevin kifejtenek, és ami nagyon hasznos, az a beteg legitim „pszichoanalitikus testének” egy változata, amely kifejezésre törekedett. Ez a terápiás helyzetben történő, interaktív validálás nyilván ritka esemény ennek az embernek az életében. Így Kevin énjének működését és identitását segítőkészen támogatták és táplálták.

Ennek a bizonyos „pszichoanalitikus testnek” egy másik dimenziója az, hogy az analitikus és a beteg együtt távolodtak el a fantáziától a téveszme területére; amikor is a terapeuta megerősítette a férfi „pina” szervességéről a beteget, kettejük *folie à deux* közös fantáziavilágában. Kevin ítélete saját testének korlátairól és arról, hogy képes-e megvédeni magát, igencsak megkérdőjelezhető, hiszen életveszélyes

vastagbélperforációt szenvedett el, miközben az izgalom élményét kereste a végbélnyílásával való visszaéléssel (vagy önbüntetéssel). Az analitikus és a beteg összejátszik a nemi szerv „változásának” újragondolásakor Kevin számára, miközben ő küzd azért, hogy saját végbélnyílását a születő hüvely egy változatává tegye; ez a küzdelem tudatos mentális rövidzáratokban nyilvánul meg, amelyek mögöttes, nemzéssel-szaporodással kapcsolatos traumát jelezhetnek.

Varázslatos módon úgy tűnik, hogy Hansbury legkedvesebb és legjózanabb szándékai Kevin névadás-torzításának alátámasztására azonos „hús-vér” élményeket nyújtanak a másik születési nemnek – bár ez pusztán a név cross-dressing-je¹⁰; ugyanakkor a végbélnyílás ereje elfojtás alá kerül. Ahogy Moss megjegyzi: „A »végbélnyílás« itt nem végez munkát. Valójában eltűnt, helyébe a „pinám” lép (Moss, 2017, 1054.). Hansbury kissé elszévesztve néz szemtől szembe ezzel a férfi beteggel, hogy segítsen neki abban a vágyában, hogy mintha-nő legyen. Arra nem igazán marad lehetőség, hogy Kevin férfi végbélnyílásának teljes erotikáját ítéletmentesen analizálják – ez a terület meglehetősen zavaros marad, mind Kevin, mind az analitikus számára. Az anális erotikának az a területe, amelyet ez az ember élvezett a férfiakkal való szeretkezésben és intim kapcsolatokban, még mindig „sötét kontinens” a pszichoanalitikusok számára. Úgy gondolom, hogy Freud is elszévesztette azt a kijelentését, miszerint minden „befogadó” szexuális aktusnak *feltétlenül* „femininnek” *kell* lennie. Miért vonjuk le ezt a következtetést olyan gyorsan? Megengedhetjük magunknak, hogy további részletet keressünk e tudatlanságunk orvoslására.

Vannak további bonyodalmak is, amelyeket itt meg lehetne vitatni. Ahogy korábban már kifejtettem, Kevin feltehetően életveszélyes vészhelyzetbe keveredett a traumatikus gyermekszülési jelentéssel, amit alakított. Az analitikus elektív be nem avatkozását ebbe a vészhelyzetbe Hansbury pozitívan ítéli meg, hiszen egyszerűen kívül esik a pszichoanalitikus kapcsolat hatókörén. Sok analitikus, köztük én is, nem értene egyet ezzel a stratégiával, mivel ez a történet odáig eszkalálódik, hogy a beteg élet-halál határvidékére kerül.

Hansbury azonban bátran állást foglalt abban a nyitott, rendezetlen és folyamatosan vitatott kérdésben, amelyet Wilson vetett fel a pszichoanalitikus gondolkodás jövőjével kapcsolatban:

„Bár vitathatatlanul úgy tűnik, hogy a testből a szimbolikusba való áttérés – az egy-ség korlátosságától a sok lehetőségéig – az állatitól az emberiig, a viszonylagos kényszertől a viszonylagos szabadság felé való elmozdulást jelenti; az is igaz, hogy az utóbbi időben a pszichoanalitikusokat ismét lenyűgözte a test; bár a »testet« idézőjelbe tehetjük, mert most már a valóságban is – éppúgy, mint a képzeletben – helyettesíthetőbb, változékonyabb, mint az a konkrét anatómiai test, amelyet Netter *Humán Anatómiai Atlaszában* találunk” (Wilson, 2017, 1005.).

Talán nagyobb rugalmassággal kellene kezelnünk a „konkrét” fogalmát, amely bizonyos pszichoanalitikus értelmezések szerint pejoratív. A szót manapság helyesen használják regresszív és kevésbé befogadó jelenségek kifejezésére, ugyanakkor

¹⁰ cross-dressing: a másik nem ruháiba öltözés, anélkül, hogy az illető valóban a másik nemhez tartozónak tartaná magát (tehát nem azonos a transzneműséggel). (*a ford.*)

helytelenül használják a primitívebb gondolkodás egy formájának jelzésére is. Talán nyelvileg többet is tehetnénk az anyagi testi jellemzők szublimációs folyamataival. Például egy olyan szó, mint az „uterofallikus”, helyettesíthetné a „fallikus” szót, így megragadhatnánk a szexuális/reproduktív test erejének absztrakciójához szükséges elemeket. Kísérleteznünk kell nyelvünkkel és koncepcióinkkal, és Hansbury új kísérleti utakra vezet minket.

„Test” nyelv és a test jövője

Mondhatjuk azt, hogy nem véletlen, hogy a nők egyedülálló, mágikus részvétele egy másik emberi lény létrejöttében a legősibb elérést biztosítja egy olyan pszichés eseményhez, mely sokak számára egyáltalán nem is jelenik meg témaként.¹¹ Jellemzően nehézségekbe ütközik, hogy a szaporodás állapota ábrázolódjon a test elméleteiben, és a nehézség a nyelv eredetének ezen anyai helyének primitív természetéhez kapcsolódik – ahogyan Kristeva érti. Nyelvre van szükségünk ahhoz, hogy kifejezzük elméleteinket. Azok a kommunikációs ködösítések, amelyeket a test elméleteivel kapcsolatban kiemeltem, azok az elméletek, amelyek figyelmen kívül hagyták a születést, mélyebben is rezonálhatnak az emberi kommunikáció eszközeinek és módjainak kialakulására. Hogyan várhatjuk el magunktól, akik egykor megszülettünk, hogy beszéljünk erről a kimondhatatlan folyamatról? Ebből következően, hogyan gondolkozhatunk arról, ami a saját eredetünkben szó szerint kimondhatatlan?

Kristeva még a magzati élményeket is hangsúlyozza a kölcsönös érzésekkel, hangokkal, tónusokkal és ritmusokkal kapcsolatban, valamint a kölcsönös kommunikációt az őszanya belsejéből. A felnőtt anya számára a terhessége alatt szerzett személyes tapasztalata és az egyéni gyermek születése nagymértékben reprezentálható mentálisan, de az élményt tovább gazdagítja, hogy egyfajta regresszív átjárhatóság jön létre a kisbaba visszhangjaival, belül és kívül egyaránt.

***KHÔRA*, szeparáció, és a nyelv születése**

A *khôra* vagy *chora* koncepciójával Kristeva a hang létrejöttét jelöli, amely az anyja beszédének ritmusára és intonációjára reagáló csecsemő és az anya között jön létre. A hangok az anya testének határain keresztül szűrődnek a gyermek élő, fejlődő membránjain át, kint és bent is (1974). Kristeva úgy véli, ezek a visszhangok és tónusok elsődleges fontosságúak abban a mély kapcsolatban, mely a csecsemő teste–elméje és az anyai test fiziobiológiája között van. A hang lágysága vagy mélysége, a hangokban közvetített lendület vagy passzivitás, az aktivitás és az alvás ritmusa mind-

¹¹ Felidézhetjük itt a hasonló elméleteket, melyek megpróbálták behatolni a legkorábbi elképzelhető mentális állapotok archaikus értelmezési körébe: Rank – a születés traumája; Klein fantáziája az elme eleven, beépített „fantáziarendszerei”-ről; Spielrein – a rombolás mint a keletkezés oka; Bion – primitív protomentális állapotok is léteznek a kifinomultabbak mellett; Green – pszichotikus mag, a libidó legprimitívebb aspektusa. [És Ferenczi *Thalassája (a ford.)*]

mind proto-szerepeket játszanak az egyén fejlődésében, hogy majd mennyire kedveli a keménységet, lágyságot, intenzitást, nyugodtságot, aktív lendületet vagy csendet.

„A gyermeki hangadás és beszéd ismételtetésével (és ezáltal a hangképzés ösztönös alapjainak újrafelfedezésével) minden anya a prousti »elveszett idő« keresését vállalja a maga módján. És lépésről lépésre megoldja az »inkongruenciát«, amely elválasztja az affektust a megismeréstől” (Kristeva, 2011, 78.). Kristeva szenvedélyesen írja le saját szövegét is: „A gyermek »elveszít« (»megöl« engem), hogy elhagyjon. [...] És azzal hagyom el őt, hogy »abjektálom« őt” (76.).

A termékeny anya ereje

Tanulmányozzuk tovább a női testet, ezt a testet, mely lenyűgöző és félelmetes erővel bír, melynek hatalmában áll csecsemőket létrehozni a várandósságon és a szülési folyamaton keresztül – túl Freud antropológiai fantázia-sémáinak örökségén és a modern evolúciós pszichológián, most a művészi ábrázolásokhoz fordulhatunk. A következő képeket a múlt korszakaiból. Ezek a példák azt a törekvésemet mutatják, hogy feltárjam, mennyire erősen védekezünk a testünkben rejlő teljes potenciállal való kapcsolatfelvétellel és gondolkodással szemben; az ilyen védekezések nyilvánvalóan befolyásolják az elménk megértését.

Termékenység 25-30000 évvel ezelőtt

2013-ban a British Museum nagyon ritka szobrokból és képekből álló kiállítást rendezett „Jégkorszaki művészet: A modern elme érkezése” címmel. T. J. Clark brit művészettörténész írt róla a *London Review of Books*-ban a „Lucky Hunter-Gatherers” című esszében. Az emberek által valaha készített legkorábbi ismert képek közül is kiállítottak néhányat. Meglepő módon *női* alakokról van szó, és még inkább meglepő, ha azt mondom, hogy mennyire mindenütt jelen van az az évszázados elfoglaltság, amelyben közösek vagyunk az őseinkkel: ezek a figurák feltehetően *terhes nők* alakjai, akik a híres francia barlangokból és Európa más lelőhelyeiről származnak.¹² Úgy tudjuk, ezeket a szobrokat és faragványokat a kőkorszakban és a jégkorszak kezdetén alakították ki (lásd az 1–4. ábrákat). E figurák közül a leghíresebb a willendorfi Vénusz (1. ábra).

A Lespugue-i Vénusz (4. ábra) meglepően apró, 4,7 hüvelyk, csakúgy, mint a többi figura, és úgy tudjuk, a művek sok órányi alakítgatás eredményei. A történészek

¹² 1960-ig a spirituális anyaistennők bizonyítékának tekintették őket. Az elmúlt évtizedekben azonban ezt antropológus kutatók megkérdőjelezték, és pragmatikusabban kapcsolódtak a test formájához és a hely kontextusához. A későbbi korszakok figurái például állatok, hímek és szexuálisan kétértelmű emberek, valamint nők képeit mutatják. De ezek a paleolit jégkorszaki alakok minden bizonnyal női képek, valószínűleg különböző korúak, szimbolizálva a lehetséges termékenységet; vagy a középkorúak testalkatát, amely a remélt túlélést szimbolizálja a jól fejlett érettségben, a hosszú életben és esetleg a sikeres reprodukciós életben (mind potenciálisan kívánatos vonások a jégkorszakban). Azt hiszem, a mondanivalóm itt akkor is érvényes, ha a szobrok nem aktívan terhesek: ezek a legkorábbi képek bizonyítják az alkotók intenzitását a női nemű test érettségével kapcsolatban, amely magában foglalja a szaporodóképességet is.

azon tűnődtek, hogy ezeknek a figuráknak a mérete drámaian *kicsi*, összehasonlítva a környező állatok végtelen méretével – a bölény, a mamut, a ló, a barlangi medve, a rénszarvas, a rozsomák, amelyek aztán a földön kóboroltak (Clark, 2013, 12.). Megjegyzem, hogy általános formájuk kicsinysége meglehetősen ellentmond a markáns terhes tulajdonságok gigantikus arányainak! Jelentéktelennek és sebezhetőnek tekintették-e a férfiakat ehhez képest, mind a környéken lévő ijesztő állatokkal, mind ezekkel a nagy, felduzzadt terhességekkel szemben? Képzeltük, milyen rettenetes lehetett egy szülés tanúja lenni egy jégkorszaki barlangban, ahol kétségtelenül magas a csecsemők és az anyák halálos áldozatainak száma. A faragványok a miénkhez hasonló elragadtatást árulnak el, amit az örökzöld gyermeki kérdés fejez ki: „Honnan származnak a babák?” A szobrok hangsúlyozzák a kiálló has fölé helyezett, mindkét oldalon hatalmas gömbölyűségű telt melleket, a hasfal kiszélesedett köldökét, amely megfeszül, hogy megtartsa a méh majdhogynem kibuggyanó tartalmát és az alatta domboruló combokat. A nő kezei a Lespugue-féle faragványban várandósságának kerekdedségét karolják át, háta és vállalai karcsúak, magasak, szinte távolságtartóak a sokasággal, a feje magasan, de kissé lehajtva – mint egy hattyú feje, amely a kerektség tetején úszik, az esetlen, nehézkesen duzzadt test felett. Az egész akkora, mint egy medál, amit talán a nyakunk körül viselhetünk. Clark recenziójában megjegyzi: „Zavarodottság, a méretek téves becslése, az ismerőség érzése, de enyhe óvatosság is, mindig a riadalom háttérize: az esetek előtt ezek az tudatállapotok jönnek és mennek” (Clark, 2013, 11.).¹³



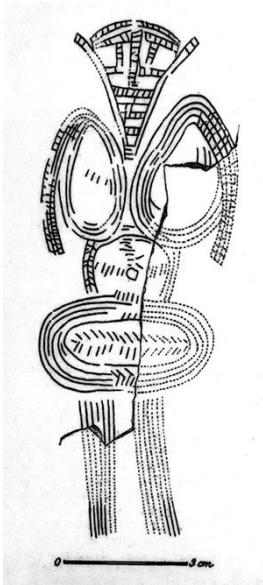
1. ábra. Willendorfi Vénusz (Alsó Ausztria). Don Hitchcock fotója, CC-BY 2.0 license engedéllyel. Forrás: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Willendorf-Venus-1468.jpg>

¹³ Ez a kijelentés nagyjából összefoglalja, hogyan érzi magát a tipikus analitikus a zűrzavarban (melyet a több tudás ígéretként ajánlottam) és csodálkozásban, miközben próbálna gondolkodni az emberi test teljességéről a tanácsadó/terápiás szobában lévő kanapén!

Néhány figuráról hiányoznak a fejek és a lábak. Vannak olyanok, akik hátán hegek láthatóak, mintha megbüntetnék őket, akár a figura elkészítése után, akár talán korábban, a való életben – soha senki nem fogja megtudni. Az apró, kerek és duzzadt figurák távolról érett gyümölcsalmazoknak tűnnek, és – a régészek szerint – valamikor nyilvánvalóan szándékosan megsértették őket. „Kosztienki-ben egy megduzzadt mellű, felkötött és nyakláncos nő csodálatos alakjának fejét és alsó lábát leütötték, mielőtt gödörbe temették volna” (Clark, 2013, 12.). Számptalan elméletet gyártottak arról, hogy ennek a jelenségnek mi az oka. A kis figurák termékenységű istenek voltak, akik csalódást okoztak a gazdáiknak? Vajon a terhesség ereje ugyanúgy feldühítette az ősi férfit, mint a mai férfit, aki erőszakot követ el terhes partnere ellen? A nőgyűlölet a fajunkhoz tartozik, olyan ősi és rögzült, hogy végső soron reménytelen ügy? Clark erre a következtetésre jut: „észbontó leletek [...], a törekvés, hogy az »embert«, a nem-olyan-mint-én-t ábrázoljuk, annak állandó alakváltzásait, konkrétágában és absztrakciójában. Az ember »maga«¹⁴, mondhatnánk. Máságát teherként vagy fenyegetésként viselve” (Clark, 2013, 12.). Clark reakciója erre a rejtélyre egyenes folytatása Kristeva grafikus megjegyzéseinek, *The Powers of Horror* című könyvében az „abjekt”-re adott emberi reakciókkal kapcsolatban.

Kristeva rémálmainak tartalmai egy olyan primitív reakció fantáziái, melyeket egy másik test belsejéből való kiűzésre adunk. Mindeközben az ember a saját sorsával van elfoglalva, amikor kiutasítják – egy testből, a gender-elméletből, magából az életből. Az elutasításra adott aktív válasz a túléléshez vezető útnak tűnik ebben a gyötrelmes küzdelemben a szeparáció során: „az émelegés megrémít engem attól a tejkremtől, elválaszt az anyától és az apától, aki felajánlja. »Én« nem akarok semmit ebből az elemből, a vágyuk jelét” (Kristeva, 1980, 3.). A gyász rohamait kölcsönösen átéli mind a csecsemő, mind az anya a szenvedélyes anyai magtól való szeparáció során. Kristeva ezt az állapotot „melankolikus *jouissance*”-nak nevezi, egy olyan állapotnak, amely „az elfojtás szélén áll” (Kristeva, 2011, 74.). Ezek azok a folyamatok, amelyek nyelvet hoznak létre. Egy korábbi művében ezt írja: „A zokogás, a hányás erőszaka közepette szülöm magam. A tünet néma tiltakozása, a görcs összetört erőszaka, amely, hogy biztosak legyünk benne, a szimbolikus rendszerre van írva, de amelybe nem akarunk, vagy nem vagyunk képesek beilleszkedni, hogy válaszoljunk rá. Reakció, abreakció. Abjekció...” (Kristeva, 1980, 3.).

¹⁴ Lefordíthatatlan nyelvi utalás: the human HERself, azaz az ember maga, nőneműként.



2-3. ábra. Faragott mamut-agyar, és a rajta ábrázolt női figura. (Predmosti, Csehország). Zdenek Kratochvil fotója, Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International license engedéllyel. Forrás: <https://www.donsmaps.com/dolnivenus.html>



4. ábra. A Lespugue-i Vénusz szobor másolata (Amiens, Franciaország). Fotó: José-Manuel Benito (Public domain), from Wikimedia Commons. Forrás: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Venus_de_Lespugue_\(replica\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Venus_de_Lespugue_(replica).jpg)

Az anyai test az öröm, az extázis és a felszabadulás helyszíne lehet, amint azt néhány jégkorszaki szobor is közvetíti. De nagyon könnyen szarkofággá válhat, és az „abjekt” helyszínévé, ahogyan azt Kristeva olyan élenken jellemzi. Az anya testében olyan sok mindentől kell félni.

Zárásként Joan Raphael-Leff¹⁵ egy prózáját közlöm, méghozzá egy olyan szakaszt, amely megragadja azokat a kapcsolatokat, amelyeket tanulmányomban vázoltam: a biológiai nem, a gender, a nemmel felruházott nyelv ereje, a *khôra*, az anya teste, illetve annak elkerülése között az áhítat, rettegés és abjekt következtében. Egy sor kapcsolatot világítottam meg, hogy megpróbáljak érvelni látszólagos zavaraink legitimitása és integritása mellett, hogy képesek legyünk minél kielégítőbben gondolkodni és elméleteket alkotni a biológiai test és az elme mindenütt jelenvaló kapcsolódásáról. Visszatérve tehát az eredeti anyához:

„Ezek az emberek, akiknek hatalma volt rajtunk élet és halál fölött [...], átérettük az érintésük érzelmi minőségét, a hang melegét, az aktivitási ritmusokat és az izzadság szagát. Megvizsgáltuk az arckifejezéseiket, és saját érzékelőink idegvégződésein keresztül tapasztaltuk meg reakcióikat, arra törekedve, hogy megértsük az implicit kommunikációt. De aztán amikor saját jogunkon gondozókká válunk, egyszer csak visszazuhanunk saját preverbális elsődleges testi folyamatainkba. [...] A babapuha gyengédségtől elragadtatva, durva bőrünkön az érintetlen sima csecsemő nyers érzelmei átjárnak bennünket [...], és visszadobnak minket a szubszimbolikus formátlanságba (Raphael-Leff, 2015, 103.).

Székely Zsófia fordítása

Felhasznált irodalom

- Aron, L.** (ed.) (1998). *Relational Perspectives on the Body*. New York: Routledge, 2009.
- Balsam, R.** (2003). The vanished pregnant body in psychoanalytic female developmental theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51: 1153–1179.
- Balsam, R.** (2012). *Women's Bodies in Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Balsam, R.** (2013). (Re)membering the female body in psychoanalysis: Childbirth. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61: 447–470.
- Balsam, R.** (2015a). Oedipus Rex: Where are we going, especially with females? *Psychoanalytic Quarterly*, 84: 555–588.

¹⁵ Raphael-Leff, a Middle Group londoni pszichoanalitikusa kevésbé ismert az Egyesült Államokban, de talán ő az egyetlen, akinek annyi gyakorlati tapasztalata van a nőekkel való pszichoanalitikus együttműködésben, mint Helene Deutschnak (lásd pl. Raphael-Leff, 2005). Alapítója volt a Nemzetközi Pszichoanalitikus Társaság Nők a Pszichoanalízisben Bizottságának (Committee on Women in Psychoanalysis -- COWAP).

- Balsam, R.** (2015b). The war on women in psychoanalytic theory building: Past to present. *Psychoanalytic Study of the Child*, 69: 83–107.
- Balsam, R.** (2017). Freud, the birthing body, and modern life. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 65: 61–90.
- Balsam, R.** (2018). Response to John Steiner’s “Overcoming obstacles in analysis: Is it possible to relinquish omnipotence and accept receptive femininity?” *Psychoanalytic Quarterly*, 87: 21–31.
- Butler, J.** (2006). *Problémás nem. Feminizmus és az identitás felforgatása*. Ford. Berán Eszter, Vándor Judit. Budapest: Balassi.
- Celenza, A.** (2014). *Erotic Revelations: Clinical Applications and Perverse Scenarios*. New York: Routledge.
- Chodorow, N. J.** (1994). *Femininities, Masculinities, Sexualities: Freud and Beyond*. Lexington: University of Kentucky Press.
- Clark, T.J.** (2013). Lucky hunter-gatherers. *London Review of Books*, 35(11-12): March 21.
- Corbett, K.** (2011). *Boyhoods: Rethinking Masculinities*. New Haven: Yale University Press.
- Dimen, M.** (2003). *Sexuality, Intimacy, Power*. New York: Routledge.
- Dixson, A. E. – Dixson, B. J.** (2011). Venus figurines of the European Paleolithic: Symbols of fertility or attractiveness? *Journal of Anthropology*. doi:10.1155/2011/569120
- Elise, D.** (1997). Primary femininity, bisexuality, and the female ego ideal: A re-examination of female developmental theory. *Psychoanalytic Quarterly*, 66: 489–517.
- Freud, S.** (1908). A gyermekek szexuális elméleteiről. Ford. Pető Katalin. In: Freud: *A szexuális élet pszichológiája* (133–147). Budapest: Cserépfalvi, 1995.
- Freud, S.** (1923). *Az ősválami és az én*. Ford. Hollós István és Dukes Géza. Budapest: Hatágú Síp, 1991.
- Freud, S.** (1925). A nemek közötti anatómiai különbségek néhány lelki következménye. Ford. Pető Katalin. In: Freud: *A szexuális élet pszichológiája* (193–203). Budapest: Cserépfalvi, 1995.
- Freud, S.** (1931). Female sexuality. *Standard Edition*, 21: 225–243.
- Greenberg, J.R. – Mitchell, S.A.** (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hansbury, G.** (2017). The masculine vaginal: Working with queer men’s embodiment at the transgender edge. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 65: 1009–1031.
- Harris, A.** (2009). *Gender as Soft Assembly*. New York: Routledge.

- Kristeva, J.** (1974). *Revolution in Poetic Language*. Transl. M. Waller. New York: Columbia University Press, 1984.
- Kristeva, J.** (1980). *Powers of Horror: An Essay on Abjection*. Transl. L.S. Roudiez. New York: Columbia University Press, 1982.
- Kristeva, J.** (2011). Reliance, or maternal eroticism. Transl. R. Widawsky & P. Zurn. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 62 :69–85, 2014.
- Kristeva, J.** (2017). Transformations of parentality. Transl. E. Kenny. In: V. Tsolas & C. Anzieu-Premmereur (eds.): *A Psychoanalytic Exploration of the Body in Today's World: On the Body* (68–74). New York: Routledge.
- Kulish, N.** (2000). Primary femininity: Clinical advances and theoretical ambiguities. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48: 1355–1379.
- Laqueur, T.** (1990). *A testet öltött nem. Test és nemiség a görögöktől Freudig*. Ford. Sándor Bea. Budapest: Új Mandátum, 2002.
- Makari, G.** (2008). *Revolution in Mind: The Creation of Psychoanalysis*. New York: Harper Perennial, 2009.
- Moss, D.** (2017). Pussy riot: Commentary on Hansbury. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 65: 1049–1059.
- Porčič, M. – Tripkovič, A.** (2017). Mothers and figurines: Representation of pregnancy in the early Neolithic of Central Balkans. *Archaica* 5, 79–98. http://147.91.75.9/manage/shares/archaica/Archaica_2017-05_04_Tripkovic_et_al.pdf
- Raphael-Leff, J.** (2005). *Psychological Processes of Child Bearing*. London: The Anna Freud Centre.
- Raphael-Leff, J.** (2015). *The Dark Side of the Womb: Pregnancy, Parenting, and Persecutory Anxieties*. London: The Anna Freud Centre.
- Silverman, D. K.** (2003). Theorizing in the shadow of Foucault: Facets of female sexuality. *Psychoanalytic Dialogues*, 13: 243–272.
- Stern, D.B. – Hirsch, I.** (eds.) (2018). *Further Developments in Interpersonal Psychoanalysis, 1980s–2010s: Evolving Interest in the Analyst's Subjectivity*. New York: Routledge.
- Stoller, R. J.** (1968). *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. New York: Science House.
- Tsolas, V. – Anzieu-Premmereur, C.** (eds.) (2018). *A Psychoanalytic Exploration of the Body in Today's World: On the Body*. New York: Routledge.
- Wilson, M.** (2017). Body and symbol: Introduction to Hansbury and commentators. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 65: 1005–1008.
- World Health Organization** (2018). Maternal mortality. *WHO Newsletter*, Febr. 16.
- Young-Bruehl, E.** (1991). Pride and prejudice: Feminist scholars reclaim the first person. *Lingua Franca*, February, 15–18.



Andrek Andrea

A prenatális kötődés-kutatás jelentősége és eredményei

Bevezetés

A perinatális tudományok fejlődése egyre több olyan vizsgálati eredménnyel szolgál, amelynek nyomán átíródnak az emberi fejlődésről alkotott korábbi elképzeléseink. Az elmúlt évtizedek során szemünk előtt bontakozott ki egy új, interdiszciplináris tudományterület, amely magába foglalja a pszichológia, a szülészet-nőgyógyászat, neonatológia, endokrinológia, reprodukciós orvostudomány, neurobiológia, etológia, kultúrantropológia, szociológia, filozófia, etika és számos más tudomány idevonatkozó területeit. A legkorábbi életszakasz jelentőségének pontosabb megértéséhez elengedhetetlen e tudományterületek kutatásainak összefogása és az eredmények integrálása.

Az élet továbbadására holisztikus rendszerszemléletben, generációkon átívelő folyamatként érdemes tekinteni a fogantatástól egészen a következő nemzedék megszületéséig. A gyermeket váró szülők vizsgálata során nem hagyhatók figyelmen kívül az őket érintő transzgenerációs hatások, a tágabb és szűkebb szociális környezet, az eredő családban tapasztalat kötődési mintáik, felnőttkori párkapcsolati kötődésük, sőt még megszületésük története is hatással lehet születő gyermekükkel való kapcsolatukra. A várandósság időszaka tágas lehetőséget kínál az új életszakaszra való ráhangolódásra: a gyermeket váró szülők nem csak a magzatot hordják ki testi és lélektani tekintetben, hanem szülőségük alappilléreinek létrehozása során újraértékelik a saját szüleik által kínált mintákat, elindulva saját anyaságuk, apaságuk útján.

A gyermekvárás idején a fellazulás folyamata testi és lélektani szinten kéz a kézben jár: fellazulnak az ízületek, a szövetek, soha korábban nem tapasztalt változások mennek végbe a várandós testében, ugyanakkor fellazul a tudat is: számos olyan emlék kerülhet elő a mélyből, amely az anya saját koragyermekkori tapasztalataiból származik. Az elmúlt évtizedek során az apák is egyre nagyobb részt vállalnak a gyermeknevelésben és gondozásban. A várandósság alatt és a szülésre való közös készülődés folyamatában az apák is aktív kapcsolatot építenek a méhben fejlődő magzatukkal. A magzattal való kapcsolat kialakításában mérföldkőnek számít a magzatmozgások észlelése mindkét szülő szempontjából. A várandósság

előrehaladásával nő a magzat iránt táplált érzelmek intenzitása, a magzatmozgásokkal kapcsolatos tapasztalatok a kötődés erősödését hozzák. A várandósság utolsó harmadában egymástól már világosan elkülönülő aktív és nyugalmi magzati viselkedés rendszerint arra készteti a szülőket, hogy magzatuk állapotával szinkronban válaszoljanak a jelzésekre. Az interakció és ezáltal a kötődés kialakítása a magzattal mind az anyáknál, mind az apáknál több szinten is zajlik, s ez komoly kihívást jelent a jelenség tudományos igényű operacionalizálásában.

A kötődéselmélet előzményei és kialakulása

John Bowlby „The Nature of the Child’s Tie to his Mother” című összefoglaló tanulmánya 1958-ban jelent meg az egyik legjelentősebb nemzetközi pszichoanalitikus folyóiratban (*International Journal of Psycho-Analysis*). Bowlby az akkortájt uralkodó elméletek és megfigyelési eredmények rendszerezett áttekintése nyomán rámutat arra, hogy az anya-gyerek libidinális kapcsolat dinamikáját nem magyarázza a pszichoanalitikus elmélet, s ennek hiányában nem érthető a kapcsolat lényege és működése (Bowlby, 1958). Sigmund Freud gondolatmenetében a fejlődés mentén az anális fázisba jutás a gyermek anyától függetlenedő viselkedését jelentené, a valós tapasztalat azonban azt mutatta, hogy a két év körüli gyermekek erőteljes nyugtalanságot és tiltakozást mutattak az anyától való elválás során (Freud, 1940/1982). A Budapesti Iskola, és azon belül elsősorban Hermann Imre szerint a csecsemőnek veleszületett szükséglete az anya közelségének keresése, a megkapaszkodás ösztöne, a testi kontaktusban meglelhető biztonságélmény megteremtése (Hermann, 1943/1984). Harry Harlow rézuszmajmokkal végzett kísérletei is igazolták, hogy a műanyán nevelkedő főemlős kölykök preferenciáját nem a táplálékforrás helye határozta meg, idejük nagy részét a szőrányába kapaszkodva töltötték, és itt kerestek menedéket veszély esetén, akkor is, ha nem itt találták a táplálékot (Harlow, 1958). Korábban Ferenczi Sándor, majd Bálint Mihály és Bálint Alice is kiemelték a csecsemő aktív részvételét az anyával való kapcsolat kialakításában, s bevezették az elsődleges tárgyszeretet fogalmát e korai kapcsolat leírására. A primer megkapaszkodási ösztön Bowlby számára lényeges információt szolgáltatott új kötődési koncepciójának kialakításában. Bowlby erénye bátorságában és állhatatosságában rejlik, hiszen „kihangosította” mindazt, amit mások is sejtettek, csak kevésbé mertek felvállalni az uralkodó analitikus állásponttal szemben. Kötődéselméleti koncepcióját ötvözte a személyiség dinamikus szerveződésére és az elhárító mechanizmusokra vonatkozó megfontolásokkal, ezzel is hangsúlyozva a két koncepció egymáshoz közelítésének szükségességét. Meghatározása szerint az embergyerek kötődési viselkedése veleszületett, elsődleges szükséglet, amelynek célja, hogy veszély észlelésekor fokozza a közelséget az anyához/elsődleges gondozóhoz, és kiváltja az anya megnyugtatóra irányuló viselkedését (Bowlby, 1958). Bowlby azt javasolja, hogy mindazokat a viselkedési formákat, amelyeket az anyai közelség megteremtésének szolgálatában tesz a gyermek, összefoglaló néven kötődési viselkedésnek nevezzük (Bowlby, 1969).

„A legtöbb faj kicsinyénél többféle viselkedési mintázat figyelhető meg, amelyek eredményeképpen az utódok és az anyák közel maradnak egymáshoz. Az utódok például vokális eszközökkel magukhoz hívják az anyát, vagy helyváltoztató mozgásukkal közelednek hozzá. Mivel a két említett viselkedés, illetve számos további is ugyanazt, vagyis az anyával való közelség helyreállítást eredményezi, érdemes általános kifejezéssel jelölni őket; ebből a célból a »kötődési viselkedés« kifejezést használjuk. A fiatal egyedek bármilyen viselkedése, amely közelséget eredményez, a kötődési viselkedés egyik összetevőjének tekintendő.” (Bowlby, 1969, 182.)

Az eredeti kötődés definícióban tehát a kötődés a gyermekben (nem pedig a szülőben) kialakuló, evolúciósan meghatározott reciprok viselkedés-alapú rendszer, ami a gyermek védelmét, s ezáltal túlélését szolgálja, s amelynek háttérbázisát az elsődleges gondozó biztosítja. A kötődés eredeti meghatározása nem tartalmaz érzelmi háttérrel, illetve Bowlby határozottan különválasztja a kötődést a dependenciától. A kötődési viselkedés veleszületett, biológiai funkcióval rendelkező rendszer, miközben a dependencia élménye a tapasztalatszerzés során alakul ki a gondozóhoz való ragaszkodás során (Bowlby, 1958).

Érdekességként emelném ki, hogy Bowlby hivatkozik az anyaméhbe való primer visszavágyódás elméletére is („Primary Return-to-Womb Craving”), ami a témánk szempontjából igen figyelemreméltó. Bővebben ugyan nem fejt ki, mégis arra a feltételezésre adhat okot, hogy számon tarthatta a prenatális időszak hatásait kötődéselméletének megalkotásában (Bowlby, 1958, 350.).

Az anya–magzat kapcsolat jelentőségét felismerő pszichoanalitikus elméletalkotók

Freud véleménye ellentmondásos a pre- és perinatális élmények fejlődésre gyakorolt hatásának tekintetében. 1900-ban megjelent *Álomfejtés* című munkájában foglalkozik a születési álmokkal, 1909-ben az új kiadásban, lábjegyzetben ezt írja: „A születés aktusa egyébként az első szorongási élmény, és így a szorongási affektus forrása és előképe. Szorongásaink ugyanolyan híven követik és tükrözik a születés-félelmeinket mint a megszületett gyermek fejformája a szülőcsatornáét.” (Freud, 1985, 282.). Ugyanitt így ír a méhen belüli élményekről: „Az anyaméhen belüli életről szóló fantáziák és tudattalan gondolatok jelentőségét csak később ismertem fel. Megmagyarázzák sok ember különös félelmét attól, hogy élve temetik el, akárcsak a halál utáni életben való hit legmélyebb tudattalan alapját, amely nem más, mint a születés előtti titokzatos élet kivetítése a jövőbe.” (Freud, 1985, 282.) Ezt a gondolatot azonban nem viszi tovább, elméletalkotásában az anya és gyermeke közötti korai kapcsolatról a fókusz egyre inkább az ödipális konfliktusra kerül.

Ferenczi a múlt század húszas éveiben terápiás gyakorlata során felismerte, hogy az anya születendő gyermekével kapcsolatos érzései, különösen a magzat létezésé elleni tudatos vagy tudattalan beállítódásai befolyásolják a születő gyermek testi és lelki fejlődését és az élethez való viszonyulását. „A valóságérvék fejlődésfokai és

patologikus visszatérésük” című művében (Ferenczi, 1913) kifejti, hogy az intrauterin életből maradt emlékezések befolyásolják a szülés után kibontakozó gyermeki lelkiéletet. Ferenczi szerint a magzat az anya testében semmittevő élősködőként létezik, a táplálék és az oxigén egyaránt közvetlenül kerül a keringésébe, életben tartása kizárólag az anya feladata. Ezzel a lélekműködéssel a mindenhatóság érzése jár együtt, hiszen a magzatnak minden szükséglete kielégül. E lélekműködés folytonosságát igazolja a csecsemő viselkedése is közvetlenül a születés után. Ferenczi 1929-ben publikált „A nem kívánt gyermek és halálösztöne” című írásában kifejti, hogy a nemkívánt terhességből született gyermekekben destruktív erők munkálnak, és hatásuk az élet egész folyamán megnyilvánul (Ferenczi, 1929). Hidas György Ferenczi munkásságának méltatásában úgy véli, maga Ferenczi is „nemkívánt gyermek”, s bár nyíltan nem vall erről, írásaiban mégis számos utalás történik a személyes érintettségre (Hidas, 1997). Ferenczi feltehetőleg saját élményeire és klinikai tapasztalataira is épít, amikor arra hívja fel a figyelmet, hogy a különböző kórképekben tudattalanul ható, önromboló tendenciák háttérben az állhat, hogy e személyek nem várt gyermekként jöttek a világra, élni vágyásukat megtörte anyjuk tudatos és tudattalan elutasítása. Ma úgy tartják, hogy Ferenczi fent említett írása az első olyan pszichoanalitikus szakirodalmi forrás, amely felismeri az anyai elutasítás szerepét a magzat és csecsemő testi-lelki fejlődésében. Az 1990-es évek elején a perinatális pszichológia lendületes fejlődése fedezi fel ismét Ferenczi jelentőségét, és ekkor válik rendszeres hivatkozási alappá (Ludwig és Haesing, 1994).

Az 1950-es és 1960-as évek során három pszichoanalitikus, Helene Deutsch, Therese Benedek és Grete Bibring klinikai és elméleti munkájukban a prenatális kötődést az anyai pszichés energia magzatra irányulásaként magyarázzák (Deutsch, 1945; Benedek, 1959; Bibring, Dwyer, Huntington és Valenstein, 1961). A magzat a várandósság előrehaladásával az anya képzeletében egyre emberibb formát ölt. A várandósság markáns anatómiai és élettani változásai nyomán az anyai szelfre irányuló libidó-koncentráció egyre inkább a megfogant magzatra tevődik át, miközben az anyai szelf részévé válik. Bibring szerint a gyermek valamennyire mindig az anya része marad, de egyúttal a külvilághoz és az anya szexuális partneréhez is tartozik.

Donald Winnicott sem hiányozhat az úttörők sorából. Winnicott a várandósság idejére mint fokozottan érzékeny állapotra tekint: különösen igaz ez a harmadik trimeszterre. Az anya születő gyermekére való ráhangolódásának állapotát Winnicott elsődleges anyai ráhangolódásnak (*primary maternal preoccupation*) nevezte, és úgy találta, hogy az lényeges háttérét képezi a csecsemő egészséges fejlődésének (Winnicott, 1999). Bár Winnicott nem használja a kötődés fogalmát, de kiemeli az anya tudatállapotában bekövetkező módosulás jelenségét, amely lehetővé teszi, hogy a várandósság végére figyelmének fókuszába a szülés és újszülöttje kerüljön. Az anya és magzata közötti kapcsolatot tehát nagyon is fontosnak véli a további fejlődés szempontjából.

A korai pszichoanalitikusok 20. század elején és közepén tett megállapításai nagyban összecsengenek a modern perinatális tudományok mai nézeteivel, a szülés előtti és alatti tapasztalatok jelentőségére vonatkozóan (Varga, Andrek és Molnár, 2019).

A prenatális kötődés fogalmának kialakulása, meghatározása

Az elmúlt két évtizedben egyre több szerző hívja fel a figyelmet arra, hogy a kötődési folyamat már a várandósság idején, az anya és magzata között zajló dinamikának, számos csatornán zajló interakciónak köszönhetően megkezdődik (Erickson, 1996; Cannella, 2005; Alhusen, 2008; Brandon et al., 2009; Branjerdporn, Meredith, Strong és Garcia, 2016).

Rubin (1976), a prenatális kötődés elméleti fogalmának egyik első megalkotója, az anya-szerep kialakulásának folyamatát vizsgálva arra jutott, hogy az anyák már a várandósság alatt kifejezik az anyai szerep ellátásához szükséges alapvető készséget, amit ő az *anyaság mátrixaként* határoz meg. E mátrix elemei, hogy biztonságot igyekeznek teremteni önmaguk és magzatuk számára, erőfeszítést tesznek magzatuk elfogadtatásra a családon belül, a várandósság alatt megszületik a „mi-érzés”, és megkezdődik a saját szükségletek és vágyak feladása a gyermek érdekében.

Leifer (1977) első gyermeküket váró anyák várandóssága során bekövetkező változásait követte nyomon, és azt találta, hogy a gesztációs idő előrehaladásával az anyák mindinkább bevonódnak a magzatukkal kialakított érzelmi kapcsolatba. Egy sor olyan *kötődési viselkedésnek* nevezett viselkedési formát figyelt meg, mint például a magzatnak címzett hangos vagy belső beszéd, a magzat mozgásának csitítása intenzív érzékelés esetén, a magzat becézése és a magzat meghívása hasfalon keresztül érintéssel, akár az apával közösen, amelyet későbbi vizsgálatok felhasználtak az anya–magzat kötődés konstruktumának operacionalizálásában.

Cranley 1981-es definíciója szerint a prenatális kötődés az anya magzata iránti viselkedése és az anyai viselkedésben tükröződő érzelmi bevonódás interakciós mintázata (Cranley, 1981). Cranley tehát a hangsúlyt az anyai viselkedésre helyezi, illetve a *viselkedésben tükröződő érzelmeket* hangsúlyozza. Müller (1993) kritikusan fogadja az intrauterin kötődés anyai viselkedésre vonatkozó szűkítését, átfogóbb definíciója szerint a prenatális kötődés az anya és magzata közötti *egyedi kapcsolat*ként írható le.

Condon 1993-ban kidolgozott elméletében az anya–magzat kötődés multidimenzionális jellegét emeli ki. Az *affektív dimenzió* a magzat iránt érzett érzelmeket (öröm, szorongás, félelmek stb.) és az interakció közvetett formáit foglalja magába. A *kognitív kötődés* során az anya mentális reprezentációt alkot magzatáról, érzelmeikkel, személyes tulajdonságokkal ruházza fel, aminek köszönhetően a magzat fokozatosan differenciálódik az anyától. Ebben óriási jelentősége van a magzat önálló aktivitásának, a magzatmozgásoknak. Az *altruisztikus kötődési dimenzió* a magzat megóvásának vágya mellett bizonyos szempontból önfeladási mozzanatokot is tartalmazhat: egészségesebb életmód, tudatosabb testi-lelki egyensúly, terhesgondozási vizsgálatok igénybevétele stb.

Doan, Cox és Zimmerman a prenatális kötődés kezdetét még korábbra teszik, és az alábbi munkadefiníciót fogalmazzák meg: „A prenatális kötődés a szülő és magzata közötti kölcsönös kapcsolatot leíró absztrakt fogalom. Ez a kapcsolat fennállhat már a

várandósságot megelőzően is, hiszen egy másik emberi lény elképzelésére irányuló kognitív és érzelmi képességhez kapcsolódik, és egy adott ökológiai rendszeren belül alakul ki” (Doan, Cox és Zimerman, 2003).

A fenti meghatározásokban láthatjuk, hogy a szerzők a *prenatális kötődés* kifejezés alatt azt a *megváltozott anyai viselkedését* értik, ami a várandósság történéseinek, valamint a magzattal való kapcsolat kialakulásnak hatására figyelhető meg. Mint láthattuk, Bowlby a kötődési viselkedés kifejezést kifejezetten a *gyermek közelségkereső és közelséget fenntartó viselkedési rendszerére* használta, amelyet az elsődleges gondozó irányában tapasztalatai nyomán egyre szervezettebben mutat. A gyermek *kötődési rendszerének (attachment system)* aktiválódása az anyában az erre válaszoló *gondozói viselkedési rendszert (caregiving system)* aktiválja (Bowlby, 1969). A magzat viselkedésének megfigyelése – még napjainkban is – számtalan módszertani, technikai nehézségbe ütközik. Ezért a megfigyelések tárgyát a prenatális kötődésvizsgálatok során elsősorban az *anya viselkedése és magzatára vonatkozó érzései és gondolatai* képezik.

A prenatális kötődés mérése

Cranley 1981-ben publikálta az első olyan objektív mérőeszközt, amely az *anya–magzat kötődést* mint konstruktumot hivatott mérni (*Mother Fetus Attachment Scale, MFAS*). Cranley skálájának 24 tétele a várandós anyák magzatukkal kapcsolatos viselkedésére, a várandósságra és születő gyermekükre vonatkozóan fogalmaz meg kijelentéseket. A 24 tétel öt alskálába rendeződött:

1. Szerepvállalás alskála (pl. „Látom magam, amint etetem a babát.”);
2. Elkülönülés alskála (pl. „Élvezem figyelni a hullámzó pocakom, amint a baba rugdalózik odabent.”);
3. Interakció alskála (pl. „Simogatom a pocakom, hogy elcsendesítsem a babát, amikor túl sokat rugdos.”);
4. Attribúció alskála (pl. „A babám mozgásából sejtem, hogy milyen lesz a személyisége.”);
5. Önfeladás alskála (pl. „Egészségem érdekében olyan dolgokat is megteszek, amelyeket nem tennék, ha nem lennék várandós.”).

Az egyes tételekkel való egyetértés mértéke („határozottan igen” – „határozottan nem”) öt fokozatú Likert skálán jelölhető. Minél magasabb összpontszámot ér el a várandós a skálán, annál intenzívebbnek tekinthető a magzatához való kötődésének mértéke.

Az MFAS nagyban inspirálta a jövő kutatásait. Első megjelenése óta több új anya–magzat kötődést mérő eszköz került kidolgozására. Ezek közül a Müller által bevezetett Prenatal Attachment Inventory (Müller, 1993), valamint a Condon-féle Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) (Condon, 1993) azok, amelyek bevonultak a tudományos vizsgálatok eszköztárába. Condon hierarchikus modelljében

a prenatális kötődés három szintjét különbözteti meg. Az első szint az anya személyes szeretet-tapasztalatainak szintje, a második az anyában megjelenő szükségletek szintje, a harmadik pedig a felnőtt kötődési szint, amelyben a gyermekvárás idején megjelenik a szülői kötődési viselkedés (Condon, 1993). A kérdőív 19 tétele két faktorba rendeződik. A *minőség faktor* az érzelmi tapasztalatokra, a magzattal kapcsolatos gondolatokra, fantáziákra, veszteségre adott reakcióra vonatkozó tételeket foglalja magába, az *intenzitás faktor* pedig a magzatra való anyai ráhangoltság mértékét (gyakoriságát, intenzitását) fejezi ki. Magyar mintán Makó és munkatársai azt találták, hogy az MAAS magyar változata mind összpontszám, mind pedig a két alszála tekintetében érvényes és megbízható (Makó és Deák, 2014).

Az MFAS skála magyar nyelvű adaptációja során a kérdőív segítségével mérhető anya–magzat kötődés intenzitását kifejező összpontszám mutatkozott relevánsnak (Andrek et al., 2016). Ennek köszönhetően a KSH 2018-ban megindított Magyar Születési Kohorszvizsgálatában számos egyéb kérdőív mellett az MFAS skála eredeti és egy rövidített változatával (MPAS) is adatgyűjtésre került sor (Veroszta et al., 2022, 58).

Mindezen ígéretes törekvések ellenére máig nincs nemzetközi konszenzus az anya–magzat kötődés definíciójára és annak mérésére vonatkozóan. A leggyakrabban használt mérőeszközök a Cranley féle MFAS és a Condon által kidolgozott MAAS skálák, amelyek mentén számos vizsgálat született az anya–magzat kapcsolatot befolyásoló tényezők feltárására (Laxton-Kane és Slade, 2002; Maas et al., 2016; Busonera et al., 2016).

A prenatális kötődést befolyásoló tényezők

A szociodemográfiai tényezők közül az anya életkora, iskolázottsága és a fent ismertetett skálákkal mért anya–magzat kötődés (továbbiakban AMK) között találtak negatív korrelációt (Cataudella et al., 2016; Lindgren, 2001; Mercer et al., 1988), mások ugyanezt nem erősítették meg (Cataudella et al., 2016; Fuller, Moore és Lester, 1993; Grace, 1989). Ugyanígy következetlenek az anyagi helyzetre vonatkozó eredmények, egyesek igazolták az AMK és az anyagi háttér egyirányú összefüggéseit, mások nem találták jelentősnek a kapcsolatot (Cannella, 2005; Grace, 1989; Lindgren, 2001; Mercer et al., 1988). Pozitív együttjárásról számolnak be ugyanakkor a házastársi státusz és az AMK tekintetében (Doan, Cox és Zimmerman, 2003; Lindgren, 2001).

A várandóssággal kapcsolatos tényezők közül a fogantatás módját tekintve nem találtak különbséget a természetesen és asszisztált reprodukcióval történt fogantatás között az AMK-re nézve (Hjelmstedt, Widström, és Collins, 2006; McMahon, Ungerer és Beaurepaire, 1997; Stanton és Golombok, 1993). A terhesség tervezettsége és az AMK intenzitása gyenge együttjárást mutatott (Yarchesky et al., 2009). A gesztációs korról és a magzatmozgások észlelésével szignifikánsan nő az AMK intenzitásának mértéke (Doan, et.al., 2003; Heidrich és Cranley, 1989; Lerum és LoBiondo-Wood, 1989; Yarchesky et al., 2009). A magzat nemére vonatkozóan nem találtak

szignifikáns összefüggést a prenatális kötődéssel (Cranley, 1981; Grace, 1989). A többedik gyermeket váró anyák szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el a kötődési skálán, és jelentősen kevésbé voltak elégedettek párkapcsolatukkal, mint az elsőszülők (Nichols, Roux és Harris, 2007). A korábbi perinatális veszteségek tekintetében egyes vizsgálatok nem találtak együttjárást (Armstrong, 2002; Cataudella et al., 2016; Sedgmen et al., 2006), mások ugyanakkor negatív együttjárásról számoltak be az AMK-ra vonatkozóan (Bielawska-Batorowicz és Siddiqui, 2008). Az anya és magzata közötti kötődést a második trimeszter elején elvégzett ultrahangvizsgálat erősíti leginkább, egyben támogatja az anya egészségmegőrző viselkedését (pl. alkoholfogyasztás és dohányzás csökkenése, diabétesz esetén diéta betartása stb.), és segíthet a gyermek belső tulajdonságaira vonatkozó reprezentációk kidolgozásában (Sedgmen et al., 2006; Zeanah és Stewart, 1990).

Egyes kutatások az **anya–magzat kapcsolat kétirányú minőségére** hívják fel a figyelmet: következetes idői asszociációt találtak a magzati mozgások és az anyai szívritmus és bőrreakció között. A magzat mozgása mindkét paraméterben emelkedést okozott két-három másodperccel a mozgásos eseményt követően, miközben nem érte el az anya tudatos észlelésének szintjét. Az anyai észlelőrendszer tehát nem habituálódik, vagyis szenzitív marad a magzat jelzéseire a várandósság előrehaladásával (DiPietro et al., 2004; DiPietro et al., 2013). Mindez arra utal, hogy az anya–gyermek kötődésre mint kétirányú, folytonos folyamatra érdemes tekintenünk a kapcsolat kezdetétől fogva.

A **pszichoszociális tényezők** tekintetében az *anya szorongására, depressziójára, valamint mentális állapotára* vonatkozó eredmények egy irányba mutatnak: azok az anyák, akik alacsonyabb pontszámot érnek el a kötődési skálán, magasabb állapot- és vonásszorongást, valamint depressziós értékeket mutatnak, mint a magas AMK pontszámot elérők (Cataudella et al., 2016; Hart és McMahon, 2006). A párkapcsolat az a közvetítő közeg, amelyen keresztül összefüggésbe kerül egymással a mentális jóllét és az AMK (Cataudella et al., 2016; Walsh, Hepper és Marshall, 2011). A *társas támasz* egyes források szerint fontos bejósoló tényező az AMK tekintetében (Cranley, 1981; Mercer et al., 1988; Sandbrook és Adamson-Macedo, 2004; Yarchesky et al., 2009). Mások ugyanakkor nem találtak szignifikáns kapcsolatot a társas támasz és az AMK között (Damato, 2004; Van den Bergh, 2010; Wilson et al., 2000). Schwerdtfeger és Nelson-Goff (2007) szignifikánsan alacsonyabb AMK pontszámot talált azoknál az anyáknál, akiket gyermekkorukban *fizikai vagy szexuális abúzus* ért, a pozitív családi dinamika és *családi kohézió* pedig kedvezően hat a prenatális kötődésre (Wilson et al., 2000).

Saját vizsgálatunkban azt találtuk, hogy a *várandósság előrehaladása, a magzatmozgások érzékelése és a magzattal szerzett élmények* segítik a kötődés elmélyülését, miközben az anyai *életkor* előrehaladása negatívan befolyásoló tényező (Andrek, 2018). A várandósság során megszilárduló *szojtatási hajlandóság* ugyanakkor jelentős pozitív bejósoló faktor a magzattal való kötődés mértékében. Az anyatejes táplálás támogatása bőven túlmutat azon, hogy az újszülött számára az anya teje a leoptimalisabb táplálék. A szoptatási helyzet olyan neurobiológiai változásokat indukál mind a szoptató anya, mind pedig az újszülött/csecsemő szervezetében, amely megalapozhatja a gyermek biztonságos kötődését. Figyelemre méltónak tartom, hogy a

korszerű szoptatási tanácsadás az újszülött táplálásával kapcsolatos információk átadását a szülőknek optimális esetben a 20. hét környékén (a 18-32. gesztációs hétig), a magzatmozgások észlelésének idejétől javasolja (Rosen-Carole és Hartman, 2015). Ennek egyik oka, hogy a szoptatás melletti elköteleződés erősíti a magzattal való kapcsolatot, másrészt a megerősödött kötődés növeli a szoptatás valószínűségét, így az újszülött és az anya is részesül annak előnyeiből (Huang, Wang és Chen, 2004; Yurtsal és Kocoglu, 2015).

Vizsgálatunk eredményei arra is rámutattak, hogy *a párkapcsolati és intergenerációs kapcsolati tényezők* figyelembevételével javítható a szülő–magzat kötődésre vonatkozó bejósoló erő: a jelenkori párkapcsolat minőségének meghatározó szerepe van a várandósság során a szülők magzatukhoz való kötődésének tekintetében (Andrek, 2018). *A párkapcsolatban észlelt gondoskodás* az anyák és apák szempontjából egyaránt jelentős: a várandós anya/apa által észlelt gondoskodás bizonyult a legnagyobb bejósoló erejű faktornak a szülő–magzat kötődés tekintetében. Az adatok feldolgozása során elvégzett mediátorelemzés szerint az anya saját anyjával kapcsolatos gyermekkori szeretet- és törődésélményei hatásának nincs közvetlen hatása a magzatához való kötődésére, ezt a hatást a jelenben észlelt párkapcsolati gondoskodás mediálja. Az apai mintán ugyanez az eredmény bontakozott ki: az apa saját anyjáról örökölt gyermekkori szeretet- és törődésélményeinek nincs közvetlen hatása a magzatához való kötődésére, a hatást az apa által észlelt párkapcsolati gondoskodás közvetíti. A gyermek- és kamaszkorban megtapasztalt szülői bánásmód hatását tehát a saját gyermek várásakor a párkapcsolati gondoskodás közvetíti, és e hatáson kívül nem mutatható ki a nagyszülők szeretetének és törődésének közvetlen hatása a gyermeket váró szülők és magzatuk kötődésére.

A párkapcsolati gondoskodás lesz tehát az a főhatás, amely tölcserként foglalja magába az intergenerációs kapcsolati hatásokat – a gyermeket váró szülők saját szüleikhez való kötődését –, és a jelenkori gondoskodáson keresztül közvetíti a múltat. A párválasztás, a párkapcsolat fejlődése, a pár egymás iránt érzett érzelmi, elköteleződése, és az egymás iránti gondoskodás valójában magában hordozza mind a nő, mind pedig a férfi korábbi kötődési és gondozói tapasztalatait. Az eredő családban átélte érzelmi élmények nyomán kialakuló kötődési munkamodell, valamint a szülők által működtetett gondozói rendszer képezi majd a felnőttkori kötődési mintázat alapját.

Apa–magzat kötődés és hatásai

Az első apa–magzat kötődést mérő (Paternal Fetal Attachment Scale) kérdőív segítségével pozitív összefüggést mutattak ki a magzathoz való kötődés és a párkapcsolat minősége között (Weaver és Cranley, 1982; Wilson et al., 2000). Kiderült, hogy az apák is gyászolják az elveszített magzatot, ami a kötődésre és annak megszakadására utal (Badenhorst és Hughes, 2007; Einaudi et al., 2010; McCreight, 2004). Az apai prenatális kötődés intenzitása bejósolta a későbbi kötődés minőségét (Condon et al., 2013).

A fentebb említett vizsgálat eredményei szerint az apák esetében a *paritás* (terhességek száma) az a jelentős tényező, amely előre jelzi a magzathoz való kötődést (Andrek, 2018). A paritás és a kötődés negatív együttjárása azt is jelezheti, hogy az apa kezd kisodródni a családi kötelékből, talán az első gyermekkel kapcsolatos negatív tapasztalatok vagy más tényezők következtében. A mai apák túlnyomó többsége aktív szerepet vállal a gyermeknevelésben és gondozásában, jelenlétük és hozzáadott értékük a gyermekek optimális fejlődésének záloga. Eredményeink arra is felhívják a figyelmet, hogy érzelmi/kapcsolati szempontból a várandós apáknak ugyanarra van szükségük, mint az anyáknak: partnerük érzelmi és fizikai gondoskodására, melegségre, figyelemre, vonzalomra és baráti, mondhatnánk „bajtársi” érzésekre az új életszakasz kapujában.

A kötődés generációkon átívelő minősége

Megbízható vizsgálatok sora igazolja, hogy a kötődés a prenatális időszakban kialakított szülő–magzat kapcsolatra épül. Azok az anyák, akik magzatuk iránt intenzív érzelmek kifejezésére képesek, könnyedebben tudnak ráhangolódni új anyai szerepükre, kevesebb nehézséggel küszködnek a posztpartum időszakban, és több proximális ingerlésben (érintés, ölelés) részesítették csecsemőjüket, mint azok, akik alacsonyabb pontszámot értek el a prenatális kötődés intenzitását mérő kérdőíveken (Fuller, 1990; Leifer, 1977; Müller, 1996; Siddiqui és Hägglöf, 2000). A szoros együttjárás az anya–magzat kötődés és az anyai kötődési stílus között arra enged következtetni, hogy a prenatális kötődés része a teljes kötődési rendszernek: azok az anyák, akik a prenatális kötődésben magasabb pontszámot mutattak, biztonságosabb kötődési mintával rendelkeztek (Alhusen, Hayat és Gross, 2013; Maas et al., 2016).

A kötődélmélet biológiai alapjainak megteremtéséhez a viselkedésgenetika izgalmas lehetőségeket kínál, miközben a környezeti feltételek és a gondozói szenzitivitás legalább olyan lényeges szerepet játszanak. A szülő és gyermek kötődése között fellelhető ún. intergenerációs átviteli rés (van Ijzendoorn, 1995) nem hidalható át sem önmagukban a génekkel, sem pedig a gén/környezet vizsgálati eredményekkel. A kötődés hátterében feltehetően összetett neurobiológiai endofenotípusok mintázata áll, amelyek felderítése a jövő vizsgálatainak kihívása (Bakkermans-Kranenburg és van Ijzendoorn, 2016).

A generációkon átívelő kötődési mintázatok vizsgálata során bizonyítást nyert, hogy a várandós anyák saját neveltetésükkel kapcsolatos gyermekkori emlékei összefüggést mutatnak a magzatukkal kialakított kötődésükkel (Siddiqui, Hägglöf és Eisemann, 2000). A várandós anya saját anyjához való kötődése kulcsfontosságú a gyermekgondozásra vonatkozó mentális reprezentációk kialakulásában (Main, Kaplan és Cassidy, 1985). További hosszútávú hatásvizsgálatokra van szükség, hogy a befolyásoló tényezők összetettségének és interakciójának figyelembevételével közelebb kerülhessünk a kötődési minták átadódásának és fejlődésének folyamatához. A prenatális kötődéskutatások eredményei további puzzle darabokkal járulhatnak

hozzá a kötődési minták kialakulását és átadódását befolyásoló tényezők összjátékának feltárásához.

Intrauterin fejlődés és magzati kompetenciák a kötődés kialakításának szolgálatában

Az intrauterin kognitív funkciók fejlődésével kapcsolatban mára bizonyítást nyert, hogy a magzat minden érzékszervi modalításban képes a környezetéből származó ingerek észlelésére, az információ feldolgozására és az adekvát reakcióra. A méhen belül kifejlődő készségek legfontosabb szerepe, hogy biztosítsák az egészséges strukturális és funkcionális fejlődést, valamint a szülők és magzatuk közötti kapcsolat kialakulását és elmélyülését (Blum, 1993; Charila et al., 2010; Hepper, 2005; Lecaunet és Schaal, 2002; Prechtl, 1988; Schaal, Marlier és Soussignan, 2000). A magzat kezdettől aktív részese a szűkebb és tágabb környezetével zajló interakcióknak, párbeszédet kezdeményez az anyával, és adekvátan reagál az anyai kezdeményezésekre. Képes egyszerű, ismétlődő viselkedési mintázatok megtanulásra és ezek felidézésére, valamint kommunikáció kezdeményezésére a születését követően is (Meltzoff és Moore, 1983; Nagy és Molnár, 2004). A biológiai csatornán keresztül információt szerez az anya testi és lelki állapotáról, a viselkedéses csatorna tapasztalatokat biztosít a méhen kívüli környezet ingereire, ritmusára, intenzitására vonatkozóan, az intuitív csatorna pedig lehetőséget kínál a mélyebb egymásra hangolódásra, megérzések megtapasztalására. E korai, méhen belüli tapasztalatok összefüggésbe hozhatók későbbi interakciós helyzetekkel. A klasszikus kötődélmélet alapját képező fizikai szeparáció és erre aktiválódó kötődési rendszer valóban nem értelmezhető az anya–magzat kapcsolat tekintetében. Ugyanakkor kötődési viselkedést sem csak akkor tapasztalunk a gyermekeknél, amikor az anya eltávolodik, hanem akkor is, amikor az anya jelen van, és a gyermek mindent megtesz annak érdekében, hogy az anyát maga mellett tartsa. Számos példát tudunk felsorakoztatni arra vonatkozóan, hogy a magzat az anya viselkedését mozgásával abba az irányba befolyásolja, hogy az anya megszüntesse a számára kellemetlen ingert, mondhatnánk úgy is: biztonságos menedéket „kér”. Az anya–magzat/apa–magzat játékhelyzetek pedig arra hívják fel a figyelmet, hogy a magzat komfort-állapotokban is kezdeményez interakciót a szülőkkel, fenntartja a kapcsolatot a biztonságos bázissal a kötődési viselkedésformái által.

Előfordulhatnak olyan szélsőséges élethelyzetek, amelyekben a magzat érzelmileg szeparálódik az anyától. A várandós anya akut gyásza (közeli hozzátartozó váratlan elvesztése, pl. férj, nagyobb gyermek, szülő) vagy súlyos pszichiátriai kórképek (depresszió, pszichózis) mind olyan fenyegető helyzetek, amelyekben az anya érzelmileg hozzáférhetetlenné válik magzata számára. Ennek következményei leginkább csecsemőkorban mutatkoznak meg, széles tüneti palettán: a csecsemő regulációs zavaraiiban, nyugtalanságában, megvigasztalhatatlan sírásában stb. McFarland és munkatársai (2011) úttörő vizsgálatában igazolták, hogy a várandósság alatt diagnosztizált major depresszióban szenvedő anyák szignifikánsan alacsonyabb pontszámot érnek el az anya–magzat kötődés skálán, mint egészséges társaik. E

vizsgálat eredménye is arra enged következtetni, hogy a posztpartum depresszióban megfigyelhető bizonytalan anya–csecsemő kötődés gyökere a prenatális életidőig nyúlhat vissza.

A kötődésemlekek születésekor még nem álltak rendelkezésre azok a fejlett technológiai eszközök, amelyek az elmúlt évtizedek során a magzati diagnosztika, genetikai szűrővizsgálatok, magzati műtéti eljárások szolgálatába álltak. A magzat látványa mára nemcsak a szakemberek, hanem a szülők számára is új lehetőségeket kínál, és nagyban megváltoztatja a szülők magzatukról kialakított képét. Újdonság az is, hogy a szülők e modern eszközök által képi információt tudnak illeszteni belső érzeteikhez, például az anya érzékeli a magzat mozgását, ugyanakkor látja az ultrahang-monitoron a magzat mozdulatát. Ezek a tapasztalatok hatással vannak a szülők prenatális kötődésére (Boukidys, 2006a, b). A kutatók egy csoportja a prenatális kötődés kialakulásában alapvető szerepet tulajdonít a magzat felől érkező reaktív és interaktív viselkedési mintázatoknak (DiPietro et al., 2004; Stainton, 1990). Anya és magzata aktív „test-párbeszédet” folytatnak egymással, s a kölcsönös pszicho-vegetatív szinkron sokszor nem is tudatosuló tapasztalata gyakorlóterepe a gyermekre való ráhangolódás folyamatának.

Összefoglalva fontosnak tartom kiemelni, hogy *a prenatális kötődési rendszert a szülők és magzatuk együttesen hozzák létre*, egyik résztvevő sem értelmezhető a másik nélkül, továbbá *a kötődési rendszerre a párkapcsolati és azon keresztül az intergenerációs/transzgenerációs rendszerbe ágyazottan* érdemes tekinteni.

A prenatális kötődés támogatása az egyik legfontosabb befektetés a jövőre nézve: azok az anyák és apák, akik optimális kötődést tudnak kialakítani magzatukkal, nagyobb egymásra hangoltságban tudnak készülni a szülés/megszületés eseményére, és még ha nem is alakulnak a legkedvezőbbben a szülés körülményei, a szoptatás például sokat segíthet abban, hogy ismét egymásra találjanak. A kapcsolat kontinuitása, a szülők szenzitív jelenléte segíti a csecsemő jelzéseinek egyre pontosabb olvasását. A várandósság alatt kibontakozott anticipációs és mentalizációs élmények mentén „előfeszített” szülők könnyebben értik, értelmezik gyermeküket, ami jó alapot teremt a gyermek biztonságérzetének megteremtésére, és hozzájárul a gyermek biztonságos kötődési munkamodelljének fejlődéséhez.

A szülői kötődési és gondozói viselkedésnek nemcsak a közvetlenül érintett generációra van hatása, hanem közvetetten az *unokákra* is a kötődési mintázaton keresztül. Amikor egy anya, apa vagy egy pár közösen úgy dönt, hogy változtatni kíván azon a gondozói mintázaton, amit saját szüleitől tapasztalt gyermekként, igen komoly kihívásokkal találja magát szemben. Hosszú és küzdelmes, ugyanakkor a következő generáció számára rendkívül felszabadító az a belső munka, amelynek során egy kevésbé adaptív kötődésmintázati örökséget biztonságos kötődéssé alakítanak.

További hosszútávú vizsgálatokra van szükség ahhoz, hogy feltérképezzük a kötődést befolyásoló tényezők szövevényét az anyák és apák szempontjából egyaránt. Meglátásom szerint a kérdés ma már nem az, hogy létezik-e prenatális kötődés, sokkal inkább az, hogy melyek a legkorábbi kötődési formák megragadható elmei, és milyen módszerekkel vizsgálhatók. Egyre nagyobb szükség mutatkozik egy olyan átfogó

elméleti keret körvonalazására, amely tartalmazza az elakadásra, traumára, ugyanakkor az egészséges fejlődésre vonatkozó, generációkon átívelő, prenatális kötődést is figyelembe vevő kölcsönhatások rendszerét.

Felhasznált irodalom

- Andrek A.** (2018). *A szülő–magzat kötődést befolyásoló tényezők vizsgálata párkapcsolati és intergenerációs kapcsolati jellemzők figyelembevételével.* Disszertáció. Budapest: ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola.
- Andrek A. – Kekecs Z. – Hadházi É. – Boukidys, Z. – Varga K.** (2016). Re-evaluation of the psychometric properties of the Maternal-Fetal Attachment Scale in a Hungarian sample. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45: 15-25.
- Alhusen, J. L.** (2008). A Literature Update on Maternal-Fetal Attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37: 315-328.
- Alhusen, J. L. – Hayat, M. J. – Gross, D.** (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6): 521-537.
- Armstrong, D.S.** (2002). Emotional distress and prenatal attachment after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34: 339-345.
- Badenhorst, W. – Hughes, P.** (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2): 249-259.
- Bakermans-Kranenburg, M. J. – van Ijzendoorn, M. H.** (2016). Attachment, Parenting and Genetics. In Cassidy, J. – Shaver, P.R. (eds), *Handbook of Attachment* (155-179). New York, NY: The Guilford Press.
- Benedek, T.** (1959). Parenthood as a developmental phase. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 7: 389-417.
- Bielawska-Batorowicz, E. – Siddiqui, A.** (2008). A study of prenatal attachment with Swedish and Polish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4): 373-384.
- Bibring, G. L. – Dwyer, T. F. – Huntington, D. S. – Valenstein, A. F.** (1961). A Study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16: 9-24.
- Blum, T.** (Ed.) (1993). *Prenatal Perception, Learning and Bonding.* Berlin: Leonardo Publishers.
- Boukydis, Z.** (2006a). Ultrasound consultation to reduce risk and increase resilience in pregnancy. *Annual of New York Academy of Science*, 1-4.
- Boukydis, Z.** (2006b). Women's response to ultrasound examination during routine screens in an obstetric clinic. *Journal of Ultrasound Medicine*, 25: 721-728.

- Bowlby, J.** (1958). The Nature of the Child's Tie to his Mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39: 350-373.
- Bowlby, J.** (1969/1997). *Attachment. Attachment and Loss* (Vol. I). London: Pimlico.
- Brandon, A.R. – Pitts, S. – Denton, W.H. – Stringer, C.A. – Evans, H.M.** (2009). A History of the theory of prenatal attachment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 23(4): 201–222.
- Branjerdporn, G. – Meredith, P. – Strong, J. – Garcia, J.** (2016). Associations Between Maternal-Foetal Attachment and Infant Developmental Outcomes: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3): 540-553.
- Busonera, A. – Cataudella, S. – Lampis, J. – Tommasi, M. – Zavattini, G. C.** (2016). Psychometric properties of a 20-item version of the Maternal–Fetal Attachment Scale in a sample of Italian expectant women. *Midwifery*, 34: 79–87.
- Cannella, B. L.** (2005). Maternal-fetal attachment: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 50: 60-68.
- Cataudella, S. – Lampis, J. – Busonera, A. – Marino, L. – Zavattini, G. C.** (2016). From parental-fetal attachment to a parent-infant relationship: a systematic review about prenatal protective and risk factors. *Life Span and Disability*, 19(2): 185-219.
- Charila, A. – Laplante, D.P. – Vaillancourt, C. – King, S.** (2010). Prenatal stress and brain development. *Brain Research Reviews*, 65(1-2): 56-79.
- Condon, J. T.** (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66: 167-183.
- Condon, J. T. – Corkindale, C. – Boyce, P. – Gamble, E.** (2013). A longitudinal study of father-to-infant attachment: antecedents and correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(1): 15-30.
- Cranley, M.S.** (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30: 281-284.
- Damato, E. G.** (2004a). Predictors of prenatal attachment in mothers of twins. *Journal in Obstetrics, Gynecology & Neonatal Nursing*, 33: 436-445.
- Deutch, H.** (1945). *The Psychology of Women*. New York: Grune & Stratton.
https://archive.org/stream/psychologyofwome031636mbp/psychologyofwome031636mbp_djvu.txt
- DiPietro, J. A. – Irizarry, R. A. – Costigan, K. A. – Gurewitsch, E. D.** (2004). The psycho-physiology of the maternal-fetal relationship. *Psychophysiology*, 41: 510-520.
- DiPietro, J. A. – Voegtline, K. M. – Costigan, K. A. – Aguirre, F. – Kivlighan, K. – Chen, P.** (2013). Physiological reactivity of pregnant women to evoked fetal startle. *Journal of Psychosomatic Research*, 75: 321-326.

- Doan, H. McK. – Cox, N. L. – Zimerman, A.** (2003). The Maternal Fetal Attachment Scale: some methodological ponderings. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 18: 167-188.
- Einaudi, M. A. – Le Coz, P. – Malzac, P. – Michel, F. – D'Ercole, C. – Gire, C.** (2010). Parental experience following perinatal death: exploring the issues to make progress. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 151: 143-148.
- Erickson, M.** (1996). Predictors of maternal-fetal attachment: an integrative review. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 3(8).
- Ferenczi S.** (1913). A valóságérzék fejlődésfokai és patológikus visszatérésük. In: Buda B. (szerk.), *A pszichoanalízis és modern irányzatai* (196-215). Budapest: Gondolat Kiadó, 1971.
- Ferenczi S.** (1929). A nemkívánt gyermek és halálöszöne. Ford. Pándy Gabi és Hárs György Péter. *Ferenczi Sándor* (121-124). Vál. és s. a. r.: Erős Ferenc. Budapest: Új Mandátum, 2000.
- Freud, S.** (1900). *Álomfejtés*. Ford. Hollós István. Budapest: Helikon Kiadó, 1985.
- Freud, S.** (1940). A pszichoanalízis foglalatja. Ford. Binét Ágnes. In: S. Freud: *Esszék* (407-474). Budapest: Gondolat Kiadó, 1982.
- Fuller, J. R.** (1990). Early patterns of maternal attachment. *Health Care for Women International*, 11(4): 433-446.
- Fuller, S. G. – Moore, L. R. – Lester, J. W.** (1993). Influence of family functioning on maternal fetal attachment. *Journal of Perinatology*, 13: 453-460.
- Grace, J. T.** (1989). Development of Maternal-Fetal Attachment During Pregnancy. *Nursing Research*, 38(4): 228-232.
- Harlow, H. F.** (1958). The Nature of Love. *American Psychologist*, 13: 573-685.
- Hart, R. – McMahon, C. A.** (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 9: 329-337.
- Heidrich, S. – Cranley, M.** (1989). Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 38: 81-84.
- Hepper, P. G.** (2005). Das fetale Verhalten und seine Funktion für die menschliche Entwicklung. In I. Krens & H. Krens (ed.), *Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie* (63-83). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hermann I.** (1943). *Az ember ősi ösztönei* (II. bővített kiadás). Budapest: Magvető Kiadó, 1984.
- Hidas Gy.** (1997). Ferenczi Sándor, a nem kívánt gyermek. In: Hidas Gy. (szerk.), *Megtermékenyítéstől a társadalomig. Az ember, a kultúra és a társadalom perinatális dimenziói* (43-49). Budapest: Dinasztia.

- Hjelmstedt, A. – Widström, A.M. – Collins, A.** (2006). Psychological Correlates of Prenatal Attachment in Women Who Conceived After In Vitro Fertilization and Women Who Conceived Naturally. *Birth*, 33(4): 303-310.
- Huang, H.C. – Wang, S.Y. – Chen, C. H.** (2004). Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: a study in Taiwan. *Birth*, 31(3): 183-188.
- Laxton-Kane, M. – Slade P.** (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4): 253–266.
- Lecaunet, J.P. – Schaal, B.** (2002). Sensory performances in the human foetus: a brief summary of research. *Intellectica*, 1(34): 29-56.
- Leifer, M.** (1977). Psychological Changes Accompanying Pregnancy and Motherhood. *Genetic Psychology Monograph*, 95: 55-96.
- Lerum, C.W. – LoBiondo-Wood, G.** (1989). The Relationship of Maternal Age, Quickening, and Physical Symptoms of Pregnancy to the Development of Maternal-Fetal Attachment. *Birth*, 16: 13-17.
- Lindgren, K.** (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24: 203-217.
- Ludwig, J. – Haesing, H.** (1994). *Ungewollte Kinder – Annäherungen, Beispiele, Hilfen*. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Maas, J. B. M. – de Cock, E. S. A. – Vreeswijk, C. M. J. M. – Vingerhoets, J. J. M. – van Bakel, H. J. A.** (2016). A longitudinal study on the maternal–fetal relationship and postnatal maternal sensitivity, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(2): 110-121.
- Main, M. – Kaplan, N. – Cassidy, J.** (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2): 66-104.
- Makó H. Sz. – Deák A.** (2014). Reliability and validity of the Hungarian version of the Maternal Antenatal Attachment Scale. *International Journal of Gynecological and Obstetrical Research*, 1: 33-44.
- McCraith, B. S.** (2004). A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of Health and Illness*, 26(3): 326-350.
- McFarland, J. – Salisbury, A. L. – Battle, C. L. – Hawes, K. – Halloran, K. – Lester, B. M.** (2011). Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Archives of Women's Mental Health*, 14(5): 425–434.
- McMahon, C.A. – Ungerer, J.A. – Beaurepaire, J.** (1997). Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in-vitro fertilization conception. *Human Reproduction*, 12: 176-182.

- Meltzoff, A. N. – Moore, M. K.** (1983). Newborn infants imitate adult facial gestures, *Child Development*, 54: 702-709.
- Mercer, R.T. – Ferketich, S.** (1995). Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing & Health*, 18(4): 333-343.
- Mercer, R.T. – Ferketich, S. – May, K. – DeJoseph, J. – Sollid, D.** (1988). Further Exploration of Maternal and Paternal Fetal Attachment. *Research in Nursing & Health*, 11: 83-95
- Müller, M. E.** (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15: 199-215.
- Müller, M. E.** (1996). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of Obstetrical Gynecology & Neonatal Nursing*, 25(2): 161-166.
- Nagy E. – Molnár P.** (2004). Homo imitans or homo provocans? Human imprinting model of neonatal imitation. *Infant Behavior and Development*, 27: 54-63.
- Nichols, M. R. – Roux, G. M. – Harris, N. R.** (2007). Primigravid and multigravid women: prenatal perspectives. *Journal of Perinatal Education*, 16(2): 21-32.
- Precht, H. F. R.** (1988). Developmental Neurology of the Fetus. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2: 21-36.
- Rosen-Carole, C. – Hartman, S.** (2015). ABM clinical protocol #19: Breastfeeding promotion in the prenatal setting, revision 2015. *Breastfeeding Medicine*, 10(10): 451-457.
- Rubin, R.** (1976). Maternal tasks in pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 1: 367-376.
- Sandbrook, S. P. – Adamson-Macedo, E. N.** (2004) Maternal-fetal attachment: searching for a new definition. *Neuroendocrinology Letters*. 25(1): 169-182.
- Schaal, B. – Marlier, L. – Soussignan, R.** (2000). Human fetuses learn odours from their pregnant mother's diet. *Chemical Senses*, 25(6): 729-737.
- Sedgmen, B. – McMahon, C. – Cairns, D. – Benzie, R.J. – Woodfield, R.L.** (2006). The impact of two-dimensional versus three dimensional ultrasound exposure on maternal-fetal attachment and maternal health behavior in pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 27: 245-251.
- Siddiqui, A. – Hägglöf, B.** (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59(1): 13-25.
- Siddiqui, A. – Hägglöf, B. – Eisemann, M.** (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(1): 67-74.
- Stanton, M.C.** (1990). Parents' Awareness of Their Unborn Infant in the Third Trimester. *Birth*, 17: 92-96.

- Stanton, F. – Golombok, S.** (1993). Maternal-fetal attachment during pregnancy following in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 14: 153-158.
- Schwerdtfeger, K. L. – Nelson Goff, B. S.** (2007). Intergenerational Transmission of Trauma: Exploring Mother–Infant Prenatal Attachment. *Journal of Traumatic Stress*, 20(1): 39-51.
- Van den Bergh, B. R. H.** (2010). Some Societal and Historical Scientific Considerations Regarding the Mother–Fetus Relationship and Parenthood. *Infant and Child Development*, 19: 39-44.
- Van Ijzendoorn, M. H.** (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117: 387-403.
- Varga K. – Andrek A. – Molnár J.** (2019). *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok tükrében*. Budapest: Medicina.
- Veroszta Zs. – Boros J. – Fábíán I. – Kapitány B. – Kis R. – Kopcsó K. – Leitheiser F. – Szabó L. – Spéder Zs.** (2022). *Kohorsz '18. Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Kutatási jelentések 105*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Walsh, J. – Hepper, E. – Marshall, B.** (2011). Responsive caregiving mediates links between couple relationship and prenatal bonding (Abstract). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29: e17-e18.
- Weaver, R. H. – Cranley, M. S.** (1982). An Exploration of Paternal-Fetal Attachment Behavior. *Nursing Research*, 32(2): 68-72.
- Wilson, M. E. – White, M. A. – Cobb, B. – Curry, R. – Greene, D. – Popovich, D.** (2000). Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing* 31(1): 204-210.
- Winnicott, D. W.** (1999). *Játszás és valóság*. Ford. Dr. Bíró Sándor, Szécheay Orsolya. Budapest: Animula.
- Yarcheski, A. – Mahon, N. E. – Yarcheski, T. J. – Hanks, M. M. – Cannella, B. L.** (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46: 708-715.
- Yurtsal, Z. B. – Kocoglu, G.** (2015). The effects of antenatal parental breastfeeding education and counseling on the duration of breastfeeding, and maternal and paternal attachment. *Integrative Food, Nutrition and Metabolism*, 2(4): 222-230.
- Zeanah, P. D. – Stewart, L. K.** (1990). Parent's constructions of their infant's personalities before and after birth: a descriptive study. *Child Psychiatry Human Development*, 20(3): 191-206.



Frigyes Júlia

Születés, szülés, trauma és traumaterápia – a gyógyulás lehetséges útjai

Even as night
Darkens the earth
The wheel turns and turns
Death follows birth

Strive as you sleep
With every breath
May you awake
Past day, past death

(Markus Sieber)

A születés metaforája

Tudhatjuk-e, hogy valójában milyen élmény megszületni? Visszaemlékezni nem tudunk rá, és mégis: az egyéni fantáziákat, álmokat és a kultúra számos termékét át-meg átszövik az utalások a születés élményvilágára. Többek között a mesék bővelkednek ilyen utalásokban. Vegyük például a *Holle anyó* című mesét, mely igazi születés-mesének is felfogható: a szegény mostohaanya addig font, míg véres nem lett az ujja. Le akarja a véres orsót mosni a kútnál, de beleejti, és ő elkeseredésében, a mostohaanya haragjától való félelmében utánaugrik. Esméletre térve egy napfényes mezőn találja magát. Lerázza és elrendezi a megérett almákat, és kiveszi a kemencéből a megsült kenyereket (azaz segíti, hogy ami beérett, elkészült, az elhagyhassa formálódásának színhelyét), és így eljut Holle anyóhoz, akinek a dunnájából, ha azt jól fölrázzák, a földre hull a hó. Szóval a kút mélyén a napsütötte mező egyszersmind hófelhőkkel teli égbolt – ami fönt van, az van a mélyben is, vagy még inkább egymást felcserélő mozgásban van: a mélybe ugró lány és a kavargó hó vibráló mozgásában. A halálra elszánt lány új életre születik. A születés és az elmúlás (mint ebben a mesében a napfényes nyár és a téli hóesés) folyamatosan, egyszerre van jelen.

Minden pillanat lényegében egyszerre születés/keletkezés és halál/elmúlás, ismétlés és újakezdés. Jean-Luc Nancy francia filozófus *Jelenlétbe születés* (*The Birth*

to Presence) című könyvében így ír:

„A *születni* egyszerre jelenti azt, hogy már születik, de még nem született meg. Ugyanez igaz valamennyi igére: például gondolkodni annyit tesz, mint már gondolkodva lenni, de közben a gondolkodást még be nem teljesíteni. Úgyhogy a születni ige minden igék igéje: a zajlás kellős közepe, aminek nincs se kezdete, se vége. Az ige, amiben a jelenlét nélkül alakul a jelenlét. A létezés egyedi alakja és egyedi alapja. Semmi nem előzi meg a születést és semmi nem haladja meg a születést. Mindig van, és soha nincs. A létezés örök születés.” (Nancy, 1994, 2.)

Másfelől persze – tehetjük hozzá – örök elmúlás. Azt mondjuk, ez az élet két végpontja, de minden pillanatnak is a végpontja, azaz folyamatosan van jelen, egyszerre, mind a kettő. Keletkezés és elmúlás keletkezik és múlik el minden pillanatban. Úgyhogy nem azzal jutunk nyugvópontra, hogy feloldjuk a paradoxont, hanem éppen a feloldhatatlan paradoxonnak mint az élet alapvető lényegének elfogadásával. Nem az van, hogy születés vagy halál, nem az van, hogy egyedüllét vagy együttlét, test vagy lélek, megtartás vagy elengedés, szeparáció vagy találkozás és így tovább, hanem mindig a kettő együtt, egymást feltételezve. A szülés és születés egyszerre szeparáció és találkozás. A megszülető szeparálódik attól az állapottól, ami a kapcsolattalan egység állapota, hogy kapcsolatba kerülhessen.

Pszichoanalitikus születés-elméletek

Otto Rank *A születés traumája* (1924/2017) című majdnem százéves könyvében arról ír, hogy az egész emberi élet, kultúra, civilizáció az anyától való szeparáció elleni, az egység visszaállítására törekvő kísérletek sorozata és szövedéke. Platónt idézi:

„Platón úgy mutatja be Erószt mint vágyakozást egy valaha elvesztett állapot, vagy még inkább, egy elveszített egység után, és az őslétező kettéhasítottságáról szóló híres allegóriájában is az újraegyesülés iránti sóvárgást ábrázolja. Platón a legközelebb kerül a végső biológiai tudáshoz, amikor ezt mondja: »Erósz az a Fájdalom, amivel a Démon, aki saját titokzatos bűne miatt vettetett a létbe, visszaköveteli tiszta és eredendő Létezése elveszett Paradicsomát«. A filozófiai misztikusok belemerülnek önmaguk felé forduló meditációjukba. Ők saját belső létezésükben kutatják az Istent, és Megismerésnek nevezik, de a cél itt is ugyanaz: az unio mystica, a Mindenséggel való egyesülés. Plotinus így beszél a misztikus extázisról: »Nincs többé közbülső tér, nincs kettő, mindketten egyek, csak az egyetlen létezik.« Mint már a hindu tat twam asi (minden, ami van, te magad vagy) is mutatja, ebben az Én és Nem-Én közötti határ felszámolásáról van szó.” (Rank, 1924/2017, 190.)

Amit Platón vagy a misztikusok a transzcendens filozófia nyelvén ábrázoltak, arról évezredekkel később a pszichoanalízis képviselői a maguk nyelvén beszéltek: például Bion az „O” vagy transzcendens pozícióról (in Grotstein, 2004, 89.), Kohut ikeráttételről (in Deák, 2018) ír. Az „O” pozíció teszi lehetővé a terapeuta *emlékek és vágyak nélküli* jelenlétét. Bion elméletében az „O”- állapotban az analitikus eljut egy transzcendens pozícióba, ahol eltűnik az alany, nincs szelf, de van egy befogadó

ürességet létrehozó Én, ahonnan tekintve a másik ember megérthető, mégpedig éppen a vele való együttlében létrejövő, önmagával kapcsolatos élmény által. Itt a másikat azáltal lehet megismerni, hogy mit él át a befogadó a kapcsolatban saját magáról. Ez szinte ugyanaz, mint a misztikus meditálók lelkiállapota, a hindu *tat twam asi*. Az „O”- állapot az önmagában való létező, a valódi valóság. Ebben a nonduális térben, a körülményektől független elmében, a valóságban, az „O”-állapotban nincs tanár és tanítvány, nincs analitikus és páciens, és nincsenek határok. Sőt nincsen O se, és nincs az O hiánya se. Ezek mind mesterséges különbségtevések. Wilfred Bion indiai születésű analitikus, és ennek a ténynek bizonyára szerepe van abban, hogy éppen az ő gondolatai ezek, amelyek a meditáció tanításaival nagymérvű hasonlóságot vagy akár azonosságot mutatnak. Valami hasonlót feszeget Kohut az ikeráttétellel, ami a legarchaikusabb áttétel: gyökere az Én és Nem-Én szétválása előtt ered: a páciens úgy tapasztalja meg a terapeutát, és a terapeuta a páciens, mint önmagát. Nem ritka tapasztalat a terapeuta részéről, hogy ebből a távlatból tekintve valóban nincs olyan terápiás eset, történet, élmény, ami így vagy úgy, valamilyen széles látószögből rátekintve ne rímelve a terapeutára önmagára. Sok analitikus megfogalmazza ezt az élményt, pl. Winnicott (1999), amikor *Játszás és valóság* című könyvéhez ezt az ajánlást írja: „pácienseimnek, mert ők tanítottak engem”, vagy Vikár György (1984), aki *Gyógyítás és öngyógyítás* című könyve címevel ugyanezre utalt. A páciensek gondolatai mintha bennünk is megjelenének, és ami bennük zajlik, mintha éppen úgy bennünk is megtörténne.

Rank gondolatmenetében az egész élet a „születéssel elveszített Paradicsom” örök keresésének bizonyul: az újszülött személy – írja Rank (2017, 218.) – nyomban visszazuhanna az elhagyott állapotba, azaz szó szerint meghalna, ha a természet nem végezné el első *terápiás* beavatkozását, és a visszafelé törekvőt nem horgonyozná az élethez a szorongás által.

Ebben az értelemben a szorongás az első öngyógyító kísérlet, ami segít legyőzni a halált. Ez ismét a paradoxon egyik megjelenése: mert végsősoron mi a szorongás? Félelem a haláltól. És esszenciálisan mire való? Hogy életben tartson. A születéskor a szorongás – ha jól értjük Rank gondolatát – az élethez szegez. Mint Pilinszky írja (1992): „Latrokként – Simone Weil gyönyörű szavával – tér és idő keresztjére vagyunk mi verve, emberek”.

Winnicott (1949/1958) már árnyaltabban tekint a születésre, mint Rank, aki számára a születés megmásíthatatlanul traumatikus – különbséget tesz a normális születés élménye és a traumatikus születés között. Előbbi, a normális születés-élmény – egyszerű, jelentőség nélküli. A természetes élet hétköznapi megjelenése. Bizalom, folytonosság, stabilitás. A normális születési élmény olyan, amire a magzat már készen áll. Nem szakítja meg létezése folyamatosságát. A születési trauma viszont reagálásra készíteti az erre még fölkeszületlen magzat lényét. Mit jelent az, hogy reagálni? Tulajdonképpen annak a felfedezését jelenti, hogy létezik az önvalótól független külvilág. Ha nem kell reagálni, azaz számolni a külvilággal, akkor megmarad az illúzió, és nem merül fel a kérdés: a világot te teremtetted, vagy érted lett teremtve, vagy van-e egyáltalán egy téled független külvilág, ami közömbös irántad, úgyhogy reagálni kell rá, alkalmazkodni kell hozzá, különben veszélyes, fenyegető. Innen kiindulva arra a következtetésre juthatunk, hogy az elég jó születés és az elég jó anyai

gondoskodás valójában azt teszi lehetővé, hogy a csecsemőnek világra jöve ne kelljen kiszakadnia transzszzerű, meditatív állapotából, azaz ne kelljen a külvilág túlzottan erőteljes vagy fájdalmas behatásaira elutasítással, a hiányra pedig sóvárgással reagálnia, és megmaradhasson a boldogság állapotában. Ezt a kezdeti állapotot Winnicott, Freudtól kezdve a pszichoanalízis sok képviselőjéhez hasonlóan mágikus-mindenhatósági állapotnak írja le. Sok ősi, máig ható tanítás, például a buddhista meditáció szerint is ez az emberi boldogság letéteményese: a reagálásmentes semlegesség állapota. A világ (a születés élménye, az anya személye) akkor elég jó, ha őrzi az újszülött gyermek onnipotencia-élményét. A feloldatlan paradoxon mentén vezet a hamisítatlan (azaz nem-hamis) szelf- vagy élet-élmény. Winnicott felvetése szerint kezdetben akkor kiegyensúlyozott, élhető a csecsemő állapota, amíg nem kell eldöntenie, hogy ő-e a teremtő, azaz hogy valóság vagy hallucináció-e az ezzel kapcsolatos élménye (Winnicott, 2004, 134.). Ebből az eldöntetlenségből nőhet ki a valóságos tapasztalat – ami ezt a feloldatlan paradoxon-élményt mindig megőrzi, lévén a világ és a benne való létezés a lényegét tekintve, tényszerűen (nemcsak lélektanilag, hanem fizikailag, matematikailag is), a hely és idő, a megismerhetőség tekintetében valóban mindenestül paradoxon. A valóság ismerete a megismerhetetlenség elfogadása.

Tehát a jó, háborítatlan megszületés legnagyobb adománya, hogy nem kell megtanulni reagálni, nem kell elutasítani az élményt, és nem kell vágyakozni valami elveszített után: a születés az elválás-találkozás egyetlen hétköznapi pillanata, nem pedig a trauma és a fájdalmas szeparáció előképe, amibe aztán a világra jövő az egész élete során folytonosan újra meg újra beleütközik.

A terápia, a traumából való megszabadulás útja

A születéstől kezdve az élet minden pillanata kínálja a traumaismétlés vagy a gyógyulás lehetőségét: az elég jó környezet, az elég jó terápia, az elég jó szülés alkalmas a trauma elismerésére és feloldására.

Ferenczi kétfázisú traumaelméletében (lásd Lénárd, 2002, 13.) a trauma betetőzése valójában annak második szakasza, ahol az első szakaszt, a tulajdonképpeni bántást követően az anya és a környezet süketnek és vaknak tettei magát, és a bántott gyermektől elvárja, hogy ne érezze saját érzését, és kételkedjen saját emlékezetében, élményében, önmagában. Csak egyetlen példaként említem azt a páciensnőt, aki felnőttkorra hajnalán megosztotta a családjával a megbecsültségnek örvendő rokon által elszenvedett abúzust, és a család hitetlenkedéssel és tagadással reagált, azt fejezve ki, hogy nem az elkövető, hanem ő maga van megőrülve, ami már-már saját ép elméjébe vetett hitét is megingatta. A terápia ezt a második fázist oldja. A gyógyulás útja az lehet, ha akár csak egyetlenegyszer a felidézés során nem megismétlődik az eredeti élmény és a hozzá kapcsolódó elhárítás. Ha a terápiás ismétlésben feloldódhat az eredeti trauma kiváltotta érzet, érzés és következtetés – alkalmasint akár rendkívüli fájdalom és veszteség-ézés kíséretében –, a továbbiakban nem akadályozza a hétköznapi és semleges pillanatok megélését a jelenben. A terapeuta Judith Herman

(2019) kifejezésével jó tanúként van jelen, elismerve a páciens valóságát. E tanúszerp nehézségét nem szabad alábecsülni. Hiszen még magában Freudban is kételkedés támadt a hajdani gyermek páciensek igazságát illetően (Masson, 1998), aminek nyomán megtagadta első traumaelméletét, az elkövetőt védve, fantáziának és nem valóságnak bélyegezve páciensei beszámolóját.

Az alább következő téma bevezetéseképpen felidézem, hogy Winnicott értelmezésében a megszületést és a kezdeti mágikus mindenhatósági élményt követi a következő paradoxon: a csecsemő kreatív destrukciója, ami szerint el kell pusztítania a tárgyat, hogy az életre keljen. Azaz épp attól válik különálló, önálló, szerethető, a csecsemő fantáziájától mentes entitássá, hogy túléli a megsemmisítést. Winnicott szerint a szeretet záloga tehát, hogy a másik túléli a destrukciót.

Súlyosan traumatizált, abúzuson átesett, gyötrő önpusztító fantáziákkal terhelt páciensek egy-egy esetében a gyógyító terápia útja valami nagyon hasonló – a hajdani elkövetővel szembeni terápiai gyilkosság. Mintha a súlyos bántottsággal terhelt múlt feloldásának útja egészen eddig a kezdeti destrukció-túlélő élményig vinne vissza. Amott a destrukció a másik iránti szeretet megszületésének a mozzanata. A terápianban a páciens önmaga iránti elvesztett szeretetét, megbecsülését nyeri vissza. A szexuális visszaélés áldozatai az elkövetőről szólván gyakran kifejezik, hogy vele kapcsolatban a leghőbb kívánságuk, hogy az illető *ne legyen*, sőt, hogy *haljon meg*. Néha tapasztaljuk, hogy komoly gyógyító folyamat elindítója lehet e kívánság nyomán valamilyen terápiai keretben elképzelt, leírt, megélt, azaz mintha-keretben végrehajtott gyilkosság úgy, hogy az áldozat (a hajdani elkövető) élete-halála a valóságban (természetesen és szerencsére) független ettől a képzeletbeli tettől. Hans Loewald *Az Oidipusz komplexus alkonya* című emblemikus művében jelentős bekezdést szentel a szükségszerű apagyilkosság lelki jelenségének, és arról beszél, hogy az elkövetett bűn tudata, amit az illető védekezés, elhárítás és büntudat nélkül elvisel, a kulcsa a megbékélésnek. (Loewald, 1979, 754.)

A winnicotti *elég jó autoritás* ilyenkor a terápiai közeg, ami lehetővé teszi az agresszió veszély nélküli és ugyanakkor végletesen komoly, részletgazdag, valóságghú megjelenítését. A végiggondolt, végigélt, elmesélt terápiai gyilkosságnak többféle lélektani haszna van: megszabadítja a páciens önutálatától és az elkövető introjiciált képét célzó öngyilkos készletéstől. Hiszen az egyik legszörnyűbb következményű paradoxon éppen a bántalmazottság paradoxona: az ártatlan, elemien megsebzett áldozat lelkében végletes bűnösségének tévképzete ver gyökeret. A terápian során ezt ilyen szavakkal fejezik ki: „Egy vadállat van bennem.” „Hazudok, egyfolytában.” „Mocskos vagyok.” „Nem kellene lennem.” Fantáziájában és a hétköznapi kapcsolatban is ettől fogva úgy lehet együtt a hajdani elkövetővel (apjával, rokonával), hogy immár megszabadult a megalázottság állapotából. Úgy tekinthet rá, hogy többé nem kell félnie tőle, sőt egyféle hatalmat nyert fölötte. A terápia fantáziaterében végrehajtott gyilkosság elkövetője, éppen e végletes destrukciót követően, visszanyeri ártatlanságának és az életéhez való jogának tudatát – pozitívabb érzéssel kapcsolódhat önmagához és ennek nyomán a külvilág tárgyaihoz is.

Peritraumatikus, szülést kísérő és terápiában létrejövő módosult tudatállapotok

Az élet során a súlyosan terhelt helyzetekben öngyógyító-menekítő gesztus lehet a kilépés a hétköznapi tudatállapotból. Ezekben az állapotokban valamilyen mértékben különválnak a test és az elme, a lélek eltávolodik a testtől, sőt időnként még a föld vonzásából is. A trauma pillanatának számtalan ilyen leírását találjuk Ferenczi Sándor *Klinikai naplójában*:

„Odavannak, távol a világegyetemben; hatalmas sebességgel száguldanak a csillagok között; olyan vékonynak érzik magukat, hogy még a legtömörebb anyagokon is akadály nélkül átjutnak; ott, ahol vannak, nem létezik idő; múlt, jelen és jövő számukra egyidejűleg van jelen; egyszóval úgy érzik, legyőzték a teret és az időt. Ebből a végtelenül távoli perspektívából nézve saját szenvedésük jelentéktelenné válik, sőt megnyugodván belátják, hogy az egyénnek a szenvedést szükségszerűen el kell viselnie, amikor *éppen az ő személyében találkoznak egymásnak ellenszegülő és egymással harcban álló természeti erők*. Egy ilyen, az univerzumban tett kirándulás után az érdeklődés újra a saját én felé fordul, sőt az is lehetséges, hogy még érzékenyebben, mert az így »kiállott« szenvedés az embert bölcsébbé és türelmesébbé teszi.” (Ferenczi, 1932. febr. 14. Kiemelés tőlem – F. J.)

Érdekes kérdés, hogy Ferenczi a trauma pillanatáról szólva vajon mit ért azon, hogy „harcban álló természeti erők”. Ezek az erők minden bizonnyal az élet, a megtestesülés forrásához vezetnek. Sőt netán azon is túlra, a lélek testbe költözését megelőző állapothoz?

Alább példákkal ábrázolom, hogy ezeknek a szélsőséges élményeknek forrása lehet valamilyen bántás, de a szülés és a terápia esetében az életadás vagy a lelki gyógyulás öröme hivatott pillanatai is. A szituációban az élmény akár nagyon hasonló is lehet. A különbséget minden bizonnyal az adja, hogy ezután a Ferenczi kifejezésével élve *kirándulás* után teljes-e a visszatérés – érzékenyebben, bölcsébben, türelmesébben –, vagy végleges marad a különválás, a részekre szakadozottság, a disszociáció.

Először egy leírást idézek a **trauma pillanatáról** Vikár György pszichoanalitikus *Az emlékezés ösvényein* című önéletrajzi könyvéből. Önmagáról ír egyes szám harmadik személyben:

„Talán mégsem igaz! Talán mégsem igaz! Talán csak álmodom! De nem! Négyen is megragadják a karját, lábát fogják, az ötödik a haját húzza. Rémületében sikolt, és életében először verekszik. A fájdalom beléhasít, de nem akarja érezni. Már nem az osztálytársai állják körül. Burnuszba öltözött fehér árnyak hajlonganak és énekelnek, árnykarjukból nincs menekvés. A fal, a mennyezet köddé változik, gomolyogva száll. Velük száll ő is, a bőrét nyúzó, hajtépő fájdalom távoli, már nem hozzá tartozik, messziről figyel.” (Vikár, 1994, 81-82.)

A következő leírás-részlet egy **háborítatlan szülés** élménybeszámolójából való:

„Még egyszer-kétszer próbált hozzám szólni, de én már képtelen voltam válaszolni. Sőt dühös voltam, amiért hozzám szólt. Én már máshol jártam akkor. Valami távoli bolygón, a testemen kívül, és mégis érezvén minden egyes kontrakciót, a testem minden porcikáját. Tudtam, érkezik kicsi lányunk, és ez érte van. Tágul. Szinte láttam is lelki szemeim előtt. Tudtam, hogy ez jó. Ennek így kell lennie. Eközben már dúdolni sem volt erőm, csak a légzésemet figyeltem. Beszíívom, kifúúújom. Mindig ugyanolyan hosszan, és ugyanolyan ütemben, és figyeltem, hogy egy izmom se feszüljön, csak a légzés létezett: beszíívom, kifúúújom, és a temérdek zakatoló gondolat. A fejemben háború dúlt. Éreztem, hogy fáradok. Fizikálisan is és lelkiileg is. Arra gondoltam menet közben, hogy épeszü ember ilyen önszántából, főleg, ha tudja, milyen, nem vállal. Ismét a kétségek, hogy nem fogom bírni. Olyankor szét is kapcsoltam. És rettegtem, kétségbeestem, fájtak az összehúzódások, és kibírhatalanul lángolt a derekam. Mintha tűzzel perzselték volna, miközben belülről szét akarták tépni. Újabb belső küzdelem.”

A következő példa egy EMDR **traumaterápiás** ülés részlete. Súlyosan traumatizált nő terápiajából való az alábbi idézet:

„Engem megölnek, vagy én ölök. Én kergetek-e, vagy engem kergetnek, nem tudom. El kell döntenem, hogy menekülök vagy támadok. Gyáva vagyok. Félek, félek, annyira, hogy hányok. Jobb lenne meghalni, halálomon vagyok. Meg akarok halni, és nem tudok. Valami van, ami életben tart. Ebbe kapaszkodom. Meg a légzésemben. Annyira nagy a félelem. Be vagyok ragadva. Érzékelem a légzésemet, és látom magamat. Kívülről, fentről. Magamat is látom meg azt a régi magamat, azt a kislányt. Most meg érzem, ahogy megcsillan a napsugár. Most nem olyan zord a világ. Úgy tűnik, választottam. Odamegyek ahhoz a kislányhoz, aki én vagyok. Védni, vigyázni rá. Tudom, mi kell neki. Ölelés, tartás. Erős tartás.”

Szemlélatomást nagyon hasonló elemekben bővelkednek a fenti – egymástól nagyon is különböző forrásból származó – élmények. Mindegyikben megtörténik, hogy az intenzív élmény hatására megváltozik az észlelés, és megváltozik a testhez, a testi működésekhez fűződő hétköznapi kapcsolat. Ez is egy kettősség: viselhetetlenség határán lévő intenzív testi élmény, testi bevonódottság és ezzel együtt kiszállás a testből, perspektívaváltás: ami belül elviselhetetlen, az egyben kívülről is érzékelve semlegessé válik – ami, mint fentebb szó volt róla, a boldogság letéteményese.

A szülés: gyógyító vagy (újra)traumatizáló élmény?

A jó szülés (a jó terápiás beavatkozáshoz hasonlóan) korántsem attól jó, hogy megóv a szélsőséges érzékleti, érzelmi tapasztalattól. Sőt mindkettőre, de a szülésre különösen igaz, hogy ott és akkor, amikor zajlik, időnként határán van az elviselhetőségnek. Ez számtalan nő közös élménye, Évától elkezdve, akinek és valamennyi leszármazottjának közös büntetése, hogy „fájdalommal szülsz gyermeket”. Az a gondolat kíséri egy-egy ponton, amit a fenti idézet is tartalmaz, hogy „ép elmével erre senki nem vállalkozna, ha tudná, hogy milyen lesz”. És mégis újra meg újra

tapasztaljuk, hogy az ilyen szélsőséges élményt nyújtó szülés utóélete – jó és gyógyító. Az időnként gyötrelmesen igénybe vevő, fájdalommal telített folyamattal párhuzamosan létrejöhetnek azok a fiziológiai, hormonális változások, melyek a fájdalom csillapításáról, az örömről, sőt a hétköznapi életben ismeretlen extatikus állapot megtapasztalásáról is gondoskodnak. Utalok itt a szüléshez kapcsolódó empirikus kutatásokra, pl. Héjja-Nagy Katalin vizsgálataira, amelyek egyértelműen bizonyítják a szüléshez kapcsolódó módosult tudatállapot kialakulását: „Elvesztették a realitásérzéküket, egységet éltek meg az univerzummal és más nővel, megértették a dolgok mélyebb jelentését.” (Héjja-Nagy, 2019, 120.)

Min múlik tehát elsősorban, hogy a szülés gyógyító vagy traumatizáló esemény lesz-e? A válasz nem meglepő: leginkább a segítő környezet hozzáállása: azon, hogy ismerős, elfogadható, támogatandó-e a segítői oldalon, hogy a szülés *ilyen*, és ezen alig-alig van mód változtatni, csak elfogadni és kísérni lehet. A nő esetleg káromkodva kiabálja, hogy „szétszakadok”, vagy „meghalok”, a folyamatot jól kísérő személy pedig erre így reagál: „minden rendben van”. A jó szüléskísérés letéteményese, hogy a folyamatot kísérőnek ismerős és barátságos a test. Jellemző ez a terápiás kapcsolatra is, ahol a terapeuta, mint egy jó és rátermett baba segíti a páciens világban való autonóm létezését. Ezt fejezte ki egy terápiában lévő anya, amikor egy ízben ezt mondta: „arra van szükségem, hogy magának legyen teste”. A szülés éppen azáltal válik gyógyító folyamattá, hogy teljes testi élmény lehetőségét nyújtja, és egyben visszavisz az eredethez: feloldódik benne test és lélek különválasztása. Husserl felvetése ezt írja körül: „A térben elhelyezett test akkor válik Testté, ha azt mint a lélek (tudat, szellem) organját, azaz szervét kezeljük.” (Idézi Szili, 2009, 24.)

Az elviselhetőség határát feszegető intenzív testérzet, ami a szülés, az élet továbbadásának immanens velejárója, egyszerre nyújtja a jelen pillanat megélésének teljességét, és összegezve minden meghaladott fejlődési szint testérzet-repertoárját felidézi, módot kínálva az akkori bántottságoktól való megtisztítására. Épp ezért van az, hogy a szülési trauma forrása legritkább esetben a szülés valódi természete – akármilyen szélsőségesen fájdalmas, ez nem más, mint az élet és életadás forrásával való találkozás. A szülés akkor válik traumaképzővé, ha a szakmai, segítő oldal szorongástól vagy saját érdekétől vezérelve sürgetéssel, becsmérléssel, vádlással, valamilyen fizikai erőszaktétellel beleavatkozik. A szüléstudomány mai intézményi formájának térnyerése a 19-20. században indult hódító útjára, és mára exponenciálisan alakulva vált uralkodóvá. Semmiképp nem állítható, hogy a szülési élmény korlátozása valamiféle modern jelenség lenne, de az igen, hogy ennek totalitárius intézményesülése korunk egyik veszedelmes „környezeti ártalma”. A Foucault által leírt *fegyelmező hatalom* minden jellegzetes bélyegét magán viseli. „Foucault a hatalom egy új fajtáját különíti el, amely a 19. században fejlődött ki, és a múlt század elején szilárdult meg: a »fegyelmező hatalmat«. A fegyelmező hatalom egyrészt az emberi fajt vagy teljes populációkat, másrészt az egyént és a testet szabályozza, felügyeli és irányítja. A fegyelmező hatalom célja, hogy az egyéni életet, halált, tevékenységeket, munkát, gondot, örömet, csakúgy, mint az egyén erkölcsi és fizikai egészségét, szexuális gyakorlatát és családi életét szigorúbb felügyelet és ellenőrzés alá vonja, felhasználva az adminisztratív rezsimek hatalmát, a szakemberek tudását és a társadalomtudományok által felkínált ismereteket. Fő törekvése, hogy

kitermelje azt az emberi lényt, akit engedelmes testként lehet kezelni.” (Szili, 2009, 48.)

Ez az engedelmességre kényszerített test a szubjektív élmény tekintetében már nem élő, elveszti a kapcsolatot az átélő humán, eleven önmagával. Töredékes, élettelenített emlék marad utána: Például: „Úgy tereltek, mint egy marhát.” „Már csak egy húsdarab voltam.” „Fejtem és sírtam, fejtem és sírtam, a gyerekem ágya meg üres volt mellettem.” „Az emberekre nem haragszom – volt, aki angyal volt. De ilyen a rendszer és a protokoll.” „Mintha még most is ott feküdnék egyedül, lekötözve, meztelenül azon a műtőasztalon.” A szülészeti beavatkozások időről időre segítők, életmentők, és ez nagy jótétemény. Mégis jellegüknél fogva nagyon könnyen mély traumatizáció forrásaivá válhatnak, éppen azért, mert az élettelenítés, a hideg, az elhagyás, a megalázás élményei az eleven életadás folyamatába keverednek, elakasztva az életteliséget és az életbe vetett bizalmat.

Ferenczi *Klinikai naplójában* leírja, hogy a traumatizált egyén milyen részekre hasítva éli további életét:

„Ettől kezdve az »individuum« felületesen szemlélve, a következő részekből áll: *A*: Legfelül egy cselekvőképes élőlény pontosan, talán kissé túl pontosan is szabályozott működéssel; *B*: E mögött egy lény, aki nem akar hallani többé az életről; *C*: E mögött a meggyilkolt én, a korábbi lelki szenvedések hamva, amelybe minden éjjel lángot lobbant a fájdalom tüze; *D*: Maga ez a fájdalom, mint egy elkülönített, tartalom nélküli és tudattalan affektushalmaz, az eredeti ember maradéka.” (Ferenczi, 1932/1996, január 12. bejegyzés)

A szülés témájának szempontjából talán ez a legmélyebb réteg a legérdekesebb: Ferenczi a lélek mélyén erről az *affektushalmazról* úgy beszél, mintha a fájdalom egy önálló entitás lenne, aminek a testtől, az egyéntől függetlenül is van önálló létezése. A *szülés* is felfogható egy önálló létezőnek, hiszen olyan mélyen van beágyazva életünk legmélyebb rétegébe, hogy akin keresztül éppen megnyilvánul, az szinte semmit nem tud befolyásolni rajta, se a tartamát, se az intenzitását, se a kezdetét-végét. A legtöbb, hogy médiumként átengedi magán ezt az önálló létezőt, a Szülést, és – miközben megjárja az egész univerzumot – hagyja, hogy a testén át a szülés megszüljön az új életet.

Összegzés

Írásomban az élet határterületeinek élményvilágáról osztottam meg felvetéseket. A két végső határ a születés és a halál. Az utóbbiról, míg csak életben vagyunk, nincs tapasztalatunk, az előbbiről tapasztalatunk van, de emlékünknél sincs – és mégis, életünk során minél szélsőségesebb, viselhetetlenebb az, amit épp átélünk, annál inkább válik e két végponttal való találkozás jelenvalóvá. Ezekben a helyzetekben testbe ágyazottságunk élménye megváltozik, kétségessé válik, fellazul. A test és az elme különválik, miközben egyszersmind többnyire erőteljesen testies marad az élmény. Életünk első pillanatától az utolsóig lehetséges a visszatérés a hétköznapi test-elme egységhez. A traumatikus élményt követően, csakúgy, mint a jó szülésnél és a jó

terápiában: ha meg tud születni a vissza-nem-térésbe való beleegyezés pillanata, akkor válik szabaddá az út a lehető legteljesebb visszatéréshez.

Felhasznált irodalom

- Deák Zs.** (2018). Az archetipikus védelem másik oldala: gyermekkori trauma túlélése és a nácisztikus személyiségzavar kialakulása *Kaleidoscope Művelődés-Tudomány- és Orvostörténeti Folyóirat*, 9(16): 231-240.
- Ferenczi S.** (1932). *Klinikai napló*. Ford. Vég Katalin. Budapest: Akadémiai Kiadó, 1996.
- Grotstein, J. S.** (2004). Spirituality, Religion, Politics, History, Apocalypse and Transcendence: An Essay on a Psychoanalytically and Religiously Forbidden Subject. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 1: 82-95.
- Héjja-Nagy K.** (2019). Anyai élmények, módosult tudatállapotok a várandósság és szülés-születés körül. In: *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (114-124). Budapest: Medicina.
- Herman, J.** (2019). *Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Ford. Kuszing Gábor. Budapest: Háttér Kiadó.
- Lénárd, K.** (2002) *A modern self-elméletek klinikai pszichiátriai és pszichoanalízis-történeti vonatkozásai*. PhD Értekezés Tézisei. Pécs: PTE Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinika.
- Loewald, H.** (1979). The Waning of the Oedipus Complex. *Journal of the American Psychiatric Association*, 270, 751-755.
- Masson J. M.** (1998). *The Assault on Truth: Freud's Suppression of the Seduction Theory*. New York: Pocket Books.
- Nancy, J-L.** (1994). *The Birth to Presence*. Stanford: Stanford University Press.
- Pilinszky J.** (1992). *Összegyűjtött versei*. Budapest: Századvég.
- Rank, O.** (1924). *A születés traumája*. Ford. Frigyes Júlia. Budapest: Oriold és Társai, 2017.
- Szili K.** (2009). *Az érzet sorsa. A modern pszichoanalízis hozzájárulása a pszichodinamikus mozgás- és táncterápia testtudati munkájához*. Doktori disszertáció. Pécs: PTE Pszichológiai Doktori Iskola, Elméleti Pszichoanalízis Program.
- Vikár, Gy.** (1984). *Gyógyítás és öngyógyítás*. Budapest: Magvető.
- Winnicott, D. W.** (1949). Birth memories, birth trauma, and anxiety. In: D. W. Winnicott: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis. Collected Papers* (174-193). New York: Basic Books, 1958.
- Winnicott, D.W.** (1999). *Játszás és valóság*. Ford. Dr. Bíró Sándor, Széchezy Orsolya. Budapest: Animula.

Winnicott, D. W. (2004). *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok.*
Szerk. Péley Bernadett. Budapest: Új Mandátum.



Kisdi Barbara

A dűlaválasztás motivációi és reflexiói

Bevezetés

Kulturális antropológusként a szüléskultúrák társadalmi jelentéseit vizsgálom, ami csakis kultúrába ágyazottan, holisztikus megközelítéssel kutatható, ugyanakkor szükségszerűen olyan központi kérdésekből kiindulva, amelyeken keresztül émikus perspektívából mutathatóak be a társadalmi működés adott aspektusai. Jelen írásban arra a 2018-as kutatásra támaszkodom, amelyet a PPKE Szociológiai Intézetének keretei között dűlával szült anyák körében végeztünk egy egyetemi hallgatókból álló kutatócsoport segítségével, s amelynek során 83 mélyinterjú készült.¹ Az anyákkal felvett interjúkból most olyan alapvető kérdésekre keresem a választ, hogy milyen előzetes elképzelésekkel rendelkeztek a megkérdezettek a szüléssel kapcsolatban, miért választottak dűlát, és utólag hogyan értékelik a dűla szerepvállalását. Ezek a kérdések jóval túlmutatnak önmagukon, mert rajtuk keresztül a szüléskultúrákat jellemző szemléletmódokra, értékekre, normákra és társadalmi gyakorlatokra adott reflexiókat értelmezhetjük. Írásomban néhány fogalmi tisztázás után a fent említett kérdéseket bontom ki, és bemutatom az általunk megkérdezett nők válaszaiból kirajzolódó motívumokat, amelyeket biopolitikai és tudáspolitikai keretben értelmezek.²

¹ A vizsgálat egy több évet felölelő kutatás második állomása. Első lépésként a dűla-mozgalom történetét, kereteit, működését igyekeztek feltárni, illetve szakértői interjúkat (N=4), mélyinterjúkat (N=52) és kérdőívet (N=95) vettek fel dűlával. Jelen pillanatban szülésszűkeket kérdezték a dűlával kapcsolatos ismereteikről, tapasztalataikról és véleményükről, az utolsó projektben pedig szülésszűveket szeretnének bevonni a vizsgálatba. A téma feltárása a konkrét projektmunkákon túl vegyes módszerekkel történik (személyes kapcsolattartás, résztvevő megfigyelés, netnográfia, médiafigyelés, szakirodalmi kutatómunka).

² Alapvető és kézenfekvő értelmezési keret lehetne még – sok egyéb mellett – a genderpolitikai vetület elemzése, ám terjedelmi okok miatt ezt a perspektíván most szándékosan nem aknázom ki. Ugyanakkor a tudás elosztásának kérdését az anyák gyakran nemi egyenlőtlenségként kezelik.

Elméleti keretek – dúlák és szüléskultúrák

Egy 2017-es, a gyermekszüléssel kapcsolatos ismereteket, képzeteket vizsgáló kvalitatív kutatásban (Kisdi, 2018) a megkérdezett 154 gyermektelen, fiatal nő közül összesen négy hallott a dúláról, egy idei vizsgálatunkban (N=39) csupán egy ember. Ismertségük és különösképpen elismertségük még gyermekcipőben jár, noha a folyamatos támogató jelenlét pozitív hatása a szülésre ma már nem vitatott (Kennell et al., 1991; Scott, Berkowitz és Klaus, 1999; Scott, Klaus és Klaus, 1999; Redshaw és Heikkila, 2010; Hodnett et al., 2013; Bohren et al., 2017). Bár a folyamatos támogatást nyújthatja az orvos, a szülésznő,³ az apa vagy más kísérő is, az intézményi működésmód, illetve az apa esetében az ismeretlen szituáció megnehezítik a valódi várandós-, vajúdás- és szüléstámogatás nyújtását. A célirányos kutatások szerint a folyamatos támogatás akkor a legkedvezőbb, ha a támogató személy kizárólag az anya és párja lelki és fizikai támogatásáért van jelen (Davis-Floyd et al., 2011; Bohren et al., 2017). Hodnett egy korábbi vizsgálatában arra mutatott rá, hogy az anyák nagyobb mértékű támogatást éreztek párjuk részéről, ha egy dúla is jelen volt a szülésnél (Hodnett 1989), ami vélhetően a nagyobb arányú felkészültséggel magyarázható. Több kutatás (Scott, Klaus és Klaus, 1999; Hodnett et al., 2013) arra hívja fel a figyelmet, hogy az apai jelenlét nem produkál a dúlai jelenléthez hasonló eredményeket, mert az apa jelenlétében a nő „viselkedni” akar. Továbbá Bohrenék (2017) metaanalízise szerint az eredményeket javítja, ha a dúla a várandós nő felkészülését is támogatja a szülésre, mert az a szülő nő tudatosságát, magabiztosságát és önbizalmát növeli.

A kutatások szerint azoknál a szüléseknél, ahol biztosított egy folyamatosan jelen lévő, értő módon lelki és fizikai támaszt nyújtó személy, rövidebb a vajúdási idő, kisebb valószínűséggel kérnek a nők gyógyszeres fájdalomcsillapítást, ritkábban van szükség gátmetszésre, fogó és vákuum használatára, exogén oxitocin alkalmazására, jelentősen kevesebb a császármetszés (Scott et al., 1999; Camann, 2000; Meyer et al., 2001; Simkin és O’Hara, 2002; Gilliland, 2002; Stein et al., 2004; Hodnett et al., 2013; Steel et al., 2015; Bohren et al., 2017),⁴ továbbá az anyák gyengédebb viselkedést tanúsítanak az újszülöttek felé, kevesebb szoptatási problémával küzdenek, nyugodtabbak és kiegyensúlyozottabbak a szülést követő napokban is (Klaus, Kennell és Klaus, 1993; Gordon et al., 1999), valamint pozitív hatással van a szülésélményre is – mind az anyáéra, mind a jelen lévő apáéra (Hodnett, 1989; Sauls, 2002; Gilliland, 2010). A beavatkozások számának jelentős csökkenése nemcsak a kötődésre, az

³ Tehát ahol a várandósság és a gyermekágyas segítségnyújtás is a szülésznő/bába feladata, illetve ahol a szülés során lehetősége van csak egy anyára koncentrálni. Elvben az Európai Parlament és a Tanács szakmai képzések elismeréséről szóló 2005/36/EK irányelve (<http://www.nefmi.gov.hu/europai-unio-oktatas/jogszabalyok/szakkepesitesek>) alapján Magyarországon is a szülésznők kompetenciájába tartozik a teljes reprodukciós időszak kísérése a családtervezéstől az önálló szüléskísérése át a gyermekágyas időszak végéig, ám sem képzésük, sem a gyakorlat nem teszi ezt lehetővé hazánkban (Nyitrai, 2021, 4).

⁴ Bohren és munkatársai (2017) 27 szisztémás, randomizált vizsgálat eredményeit összegzik (16 országból), s eszerint a folyamatosan támogatott szülések esetében átlagosan 39 százalékkal kevesebb császármetszés volt, mint a kontrollsoportok esetében, a szülésélmény pedig 35 százalékkal jobbnak mutatkozott. Marshall Klaus és munkatársainak metaanalízise (2002) kifejezetten a dúlai jelenlétre fókuszált, s eszerint a dúlás szüléseknél 45 százalékkal kevesebb császármetszés történt, 25 százalékkal rövidebb volt a vajúdási idő, 31 százalékkal kevesebb fájdalomcsillapító gyógyszert és 10-60 százalékkal kevesebb epidurális érzéstelenítést kértek/kaptak az anyák, illetve 34 százalékkal kevesebb fogós szülésre került sor a kontrollsoporthoz képest.

újszűlött adaptációs készségére, és több vonatkozásban, rövid- és hosszú távon az egészségére van pozitív hatással (kiváló összefoglalónak lásd Varga, 2019a,b), hanem költséghatékonysági szempontból is fontos (Kozhimannil et al., 2016; Greiner et al., 2019).

A modern dűla a posztmodern szűléskultűrában jelent meg, sőt annak létrejöttében is nagy szerepet játszott. A premodern, tehát a medikális rendszerek elűtti vagy azokon kívűli, holisztikus szemléletű⁵ szűléskultűrákban a folyamatos támogatást jellemzően a bába nyűjtotta vagy nyűjtja, ám azok a személyek, akik a szűlésben tapasztalt vagy tanult bábákon kívűl fizikai és lelki támogatást adnak a szűlésre való felkészűlésben, a vajűdásban, a szűlésben és a gyermekágyas idűszakban, valójában dűlai tevékenységet végeznek. Maga a kifejezés az antropológiai irodalomból ismert (Raphael, 1973),⁶ s eredetileg a posztpartum dűláságra vonatkozott, majd egyre szélesebb körben használták a szűlés körűli laikus segítűkre. A modern (kórházi, technokrata szemléletű⁷) szűléskultűra deperszonalizációja, túlmedikalizáltsága és a szűlés lelki vonatkozásainak negligálása miatt a kritikai szűlésmozgalmak a szűléstet megűjítására törekednek, amelynek nyomán hálózatos formában, a civil szűfűrára is erősen támaszkodva jött létre a posztmodern (alternatív)⁸ szűléskultűra a holisztikus szűlésmodellre építkezve. A szűléskultűrák távolról sem homogén és statikus rendszerek, még a legerűsebben standardizált modern szűléskultűra sem, s kölcsönösen hatnak egymásra. A szűléskultűra fogalma tehát – miként az elnevezés is sejteti – kulturális értelmezéseket, szemléletmódokat, felfogásmódokat és az erre épűlű gyakorlatokat jelenti, ugyanakkor a modern és a posztmodern szűléskultűra tudományos összefűggésekre épít (a fogalmakról bővebben lásd Kisdi, 2016 és 2019). A vitát közöttűk kognitív konfliktusként (Brehmer, 1976) is értelmezhetűk, lévén a szándék, a perinatális események pozitív kimenetelének biztosítása ugyanaz, ám a legitimnek tekintett tudások, a tapasztalat, az értékrend és a megoldási stratégiák különböznek.

Magyarországon az anya egyéni döntésén múlik, hogy felkeres-e egy dűlát, ám az többnyire a véletlen vagy nagyon tudatos keresés függvénye, hogy a nő vagy a család tudomását szerez-e a dűlákról. A dűla szolgáltatásait az elűre megbeszűlt mértékben az anya egyénilag honorálja. Így tehát Magyarországon olyan nők készülnek és/vagy szűlnek dűlával, akik maguk döntöttek erről.⁹ Magyarországon egyelőre a kereslet-

⁵ A test és a lélek, az anya és a magzat igényeit egyforma súllyal kezelű, azok kölcsönhatását figyelembe vevű, a szűlés természetes lefolyását támogató szemlélet. A hagyományos szűléskultűrákban e szemléletet gyakran mágikus-vallási, a posztmodern szűléskultűrákban pszichológiai tapasztalatokkal magyarázzák és támogatják.

⁶ 1966-ban egy antropológusnű, Dana Louise Raphael (Margaret Mead egyik tanítványja, majd munkatársa, akivel együtt alapították a Human Lactation Centert 1975-ben) a szűptatásról szűlű disszertációjában (ami 1973-ban *The Tender Gift: Breastfeeding* címen jelent meg) a görűg doula (szűlűga) szűval illette azokat a nőket, akik a hagyományos kultűrákban a gyermekágyi idűszakban segítik az anyákat (ma őket posztpartum dűlának nevezzűk).

⁷ Tehát a technológiai tudásra alapozű szemlélet, amely a karteziánusi világlátás talaján megfigyelése középpontjába a testet állítja.

⁸ Az alternatív kifejezés nemcsak a modern szűléskultűra felfogás- és eljárásrendjétűl eltérű megoldásokra utal, hanem a differenciált szűlésműdozatok közötti választás lehetőségére is.

⁹ Jellemzően nem valamelyik dűla-szervezetet keresik meg a nők, hanem egyéni dűlaválasztás történi ajánlás vagy szimpátia alapján. Közűség-alapű dűla szűlűgát is létezik hazánkban: az EMMA Egyesűlet és a miskolci Regina Egyesűlet szervezésében indult 2019-ben, amelynek keretében roma nők körében tartottak negyvenórás dűlaképzést azzal a céllal, hogy az alsűzsolcai roma nők ne egyedűl menjenek szűlni a miskolci kórházba,

kínálat elve határozza meg, hogy a dűla csak a felkészítésben kap/vállal szerepet, vagy a vajűdás- és szűléstámogatásban, illetve a gyermekágyas idűszakban is. A legjellemzűbb módon a szűlés kísérésére is felkérlik az anyák a dűlákat, a várandósság idűszakában pedig a felkészítű beszélgetéseket egy állandó telefonos ügyelet egészíti ki. A posztpartum periódusban a dűla legjellemzűbb tevékenysége a szoptatástámogatás és a szűlésélmény feldolgozásának segítése.

Minta és módszer

Interjúalanyainkhoz (N=83) ajánlás útján jutottunk el. Az adatfelvételt megelőzű évből dűlával készítettűnk interjúkat, s az ő segítségűket kértűk az anyák eléréséhez. Így tehát részben a dűlák döntésén múlt, ki került be a kutatásba, részben hólabda módszert alkalmaztűnk. A mintába került 83 édesanya életkora 27-tűl 53 évig terjedt, az átlagéletkor 37,2 év. Az interjú idejére a legtöbbben két gyermeknek adtak életet (31 fű), de nagy arányban voltak a háromgyermekesek (25 fű), 22-en az egygyermekesek, négyen a négygyermekesek, és egy nű öt gyermeket szűlt. Az egygyermekes anyák egy kivétellel szeretnének még gyermeket szűlni. A megkérdezett nűk többsége magasan képzett: nyolc fű bír közűpfokű végzettséggel, két nűnek OKJ-s tanfolyam a legmagasabb iskolai végzettsége, a többiek diplomával, ketten PhD fokozattal (pszichológia, mikrobiológia) is rendelkeznek. Egy anya az interjú idején a felsűoktatásban tanult. A felsűfokű végzettségűek között a pedagógusok, a gazdasági szakemberek, a bölcsészek és társadalomkutatók, illetve az egészségűgyi végzettségűek vannak a legtöbbben. A diplomások túlsűlya részben a mintavétel módjának, részben valószínűleg annak tudható be, hogy a dűlát választű nűkre jellemzű a keresű, kritikai gondolkodás, s az alternatív szűléskultúra mondanivalójának megértése utánjárás, értű olvasást és megfontolt mérlegelést igényel, ezért vélhetően jobban vonzza az edukáltabb embereket. Ezt a feltevést támogatja az a tény, hogy az otthonszűlű nűk körében is egyértelműen magas a diplomások aránya (az „élveszűletési lapok” szűrése alapján 62,7%, saját mintámban (N=50) 70%, részletesen lásd Kisdi, 2013, 111, 285). Harmincegy édesanya a diploma után különbözű kiegészítű képzés vagy tanfolyam keretében további képzetségeket is szerzett. Nyolcan végeztek dűla-tanfolyamot, egy kivétellel a szűlést kísérű dűlával való megismerkedésű hatására. Interjúalanyaink közül 26-an Budapesten,

párhuzamosan pedig kiépítették a kapcsolatot a miskolci kűrházzal. A program keretében végűl hat dűlát képeztek, akik közül négy aktívan kísér szűléseket (<https://emmaegyesulet.hu/2020/09/21/miskolc-kozossegi-dula-program>; <https://www.facebook.com/reginamiskolc>). A dűlák munkadíját az EMMA Egyesűlet pályázati pénzbűl fizeti, az anyák számára ingyenes, de a pályázati források biztosítása minden évből nagy kreativitást kíván a szervezűktűl. Egy másik kísérleti projekt a Békés Dűlakűrhűzű kötűdik (https://bekesdulakor.hu/wp-content/uploads/2014/07/2014-06-03_BekesDulakor_Onkentes_projekt_tanulmany.pdf). 2014-ben a Pest Megyei Flűr Ferenc Kűrház szűlésetének osztályvezetű fűorvosa kereste meg a dűlaszervezet vezetűjét azzal a kérésselel, hogy kísérleti jelleggel vállalják a kűrházban szűlű nűk mellett önkéntes dűlaskodást. A fűorvos célja részben az anyák elégedettségeinek növelése volt, részben pedig az, hogy az egészségűgyi dolgozűk – az elűítéleteket csökkentendű – testkűzelbűl ismerjék meg a dűlák munkáját és a dűlai szemléletet. A közűs projekt keretében végűl 13 önkéntes dűla hat héten át 48 olyan nű vajűdását és szűlését kíserte, akik ezt szűvesen fogadták. Ezekben az esetekben az elűzetes ismerkedésre nem volt mód, ám a kűrházi gyermekágy idején már élni tudtak a folytonosság lehetűségével (<https://bekesdulakor.hu/onkentes-dulak-a-korhazban>).

14-en az agglomerációban, 42-en pedig egyéb vidéki területen élnek, többnyire városban. Egy anya az interjú idején Szerbiában élt. Ötvennyolcan készültek és szültek kórházban dűlával, négyen készültek, de a dűla végűl nem mehetett be a szűlésre, 13-an kórházban és otthon is szűltek (közűlűk heten dűlás kórházi szűlésűk után otthon szűltek, hatan otthon szűltek elűször dűlával), hárman pedig már elű gyermekűket is otthon szűlték (ahol „jár” a dűla).

Az adatfelvételre 2018 nyarán került sor, néhány kivételtűl eltekintve az interjúalanyok otthonában, megszokott környezetben, ami csűkkenti az interjúhelyzetbűl adódó egyenlűtlenség, illetve az ebbűl fakadó frusztráció érzését az interjúalanyokban. Az interjúkat minden esetben hangfelvétellel rűgzítettűk, majd elkészítettűk a szó szerinti átiratokat. A félűg strukturált interjúkérdések meghatározásakor, illetve interjú közben a mélyítű és pontosítű kérdések során célunk az volt, hogy bátorítsuk az interjúalanyt vágyainak és tapasztalatainak önreflexív reprezentációjára és interpretációjára, hogy minél teljesebb képet kapjunk az általa megélt valóság értelmezésérűl, ám történeteik feltárása lehetűséget kínál a pre-reflektív jelentések megismerésére is. Az így létrejűtt szűvegekben lapszeli jegyzetek készítésével, a jelentéskondenzáció műdszerével (Kvale, 2005, 192.) kerestűk a szűvegegységekben a jelentést, s ezek alapján bontakoztak ki a vizsgálati anyagbűl a jelentéskategóriák. A kategóriák kialakítása és azok differenciálása (alkategóriák), majd esetleges újradifferenciálása után létrejűtt tematizációs tábla képezte alapját a jelentésinterpretációs munkának, amelynek során a kiválasztott témák mentén a szűvegbe visszahelyezett kategóriákat a vizsgálati anyag releváns kérdéseinek fényében értelmeztűk.

A jelen írás számára kiválasztott témák a kűvetkezők voltak: 1. a megkérdezett édesanyák milyen elképzelésekkel rendelkeztek a szűléssel kapcsolatban, mielőtt eljutottak a dűlaválasztásig, 2. miért választottak dűlát és 3. hogyan értékelik utólag a dűla szerepvállalását? Az elű kérdés azt a tudás-, érték- és elváráshorizontot igyekezett feltárni, amelyben összetett módon jelenik meg a társadalmi diskurzus és egyéni tapasztalat lenyomata, s amely alapvetű műdon befolyásolja az egyén szűléssel kapcsolatos döntéseit. A műsodik kérdés a dűlaválasztás motivációit, kűrűlményeit, feltételeit, lehetűségeit vizsgálta, míg a harmadik során a dűlás szűlés(ek) tapasztalatára és e tapasztalat értékelésére és értelmezésére voltunk kíváncsiak. A téma vizsgálatát a kutatási anyag biopolitikai és tudáspolitikai keretbe helyezésével és ezen elemzési keretek tárgyalásával zárom. A vizsgálat célja, hogy a dűlaválasztás és a dűlás szűlés reprezentációinak émikus olvasatából induljon ki, ami szűkségessé teszi az interjúrészletek nagyarányű közlését. Az interjúrészletek anonimizált, beazonosíthatatlanná tett formában kerültek közlésre.

A kutatás eredményei

Vágyak, tervek, elvárások

Egy 2018-as tanulmányomban bemutattam, milyen kevés információval és konkrét elvárással rendelkeznek a fiatal, még gyermekvárás elűtt állò nűk a perinatális

témákkal kapcsolatban, s képzeiteiket hogyan magyarázzák.¹⁰ A majdan a dúlaválasztásig eljutó nők körében párhuzamosan jelenik meg a „nem tudás” és a „női tudás” motívuma, aminek disszonanciája fontos ok a dúlaválasztásban. A dúlával szült nők nagy hányada (51/83)¹¹ az első várandósságuk előtti időre vonatkozóan nagyfokú ismerethiányról számolt be, ám ezt szükségszerűen későbbi tapasztalataik fényében értékelték így. Az esetek közel háromnegyedében az első várandósság idején sem tudtak konkrét elvárásokat megfogalmazni. „Nagyon sokáig úgy gondoltam, hogy hát kérdezte tőlem valaki, hogy hogy fogsz szülni, hát mondom milyen hülye kérdés ez, hát majd bemegyek a kórházba és majd az orvos megmondja, hogy mit kell nekem csinálnom.” Egy orvosi végzettségű nő szintén úgy gondolta, hogy egyetlen lehetséges út vezet a gyermekszüléshez: „Az első szülésnél még nem is igazán tudtam, hogy konkrétan mire számíthatok a szülés alatt, tehát nagyjából volt képem arról, hogyan zajlanak a szülések, és alternatív típusú szülést nem is láttam. Úgy voltam vele, hogy ami történik velem, a szükséges rossz, és azt meg kell élni.” Az elvárások hiányát ezek a nők rendszerint azzal magyarázták, hogy nem tudták, hogy lehet elképzelésük: „fogalmam nem volt, hogy ez egyáltalán kérdés, szóval, hogy nem volt erről semmilyen tudásom, ezért aztán föl sem merült, hogy vannak választási lehetőségek”. „Hát, elsőre én még nagyon hittem a kórházi rendszerben, mármint, hogy ők majd tudják, majd segítenek vagy nem tudom...”

Ezt az általuk „szokásosnak” ítélt információhiányt és felkészületlenséget alapvetően a szocializációs hatásoknak tulajdonították: „mert tabu, egy csomó minden tabu, ami a szüléssel kapcsolatos, nem beszélünk róla, nem téma. Az, amit a filmekből megtanulunk, egyszerűen nem igaz, nem olyan a szülés. De csak akkor jössz rá, hogy nem tudsz semmit, amikor már késő.” „A Kismama újság volt nekem a mentőövem, mindent onnan szedtem föl, amit egyébként egy anyától kéne, vagy persze már tudom, bábaközösségben vagy dúláktól, vagy nem tudom. Én ilyen magányos farkas voltam, mert el se tudtam képzelni, hogy erre léteznek közösségek. És a baráti társaságunkban én voltam az első, aki szült. Tehát én nagyon hamar szültem a többiekhez képest, és így ugye úttörő voltam, és nem volt, aki, aki úgy igazán közel állt volna hozzám, hogy segítsen ebben, hogy mi lesz meg hogy lesz.”

A szocializáció jellegét gyakran többszintű (nemi, tudáspolitikai) társadalmi egyenlőtlenségként értelmezték. „Valahogy mintha szándékosan titkolnák a nők előtt, amit tudniuk kellene. Talán mert az orvosok többsége férfi.” „Fogalmam sem volt. Tökéletes módon bevitettek engem az erdőbe és tökéletes módon sikerült egy medikalizált valamivé válnom a kilencedik hónap végére. Tökéletesen elhitették velem, hogy majd a doktor bácsi megmondja és én az orvostól vártam azt, hogy minden rendben lesz.” „Feltételeztem, hogy mindenki a legjobbat akarja, és nem az én dolgom azon agyalni, hogy mi hogy legyen majd. Pedig baromira nem így van, abszolút az én dolgom lett volna.”

Ezzel a „nem tudásra” vonatkozó önminősítéssel párhuzamosan jelenik meg a narratívákban az ösztönös női tudás motívuma, ami egyszerre felhatalmazza és megfosztja a nőt a szülés feletti kontroll lehetőségére/től, illetve legitimálja az

¹⁰ Jellemző motívum a tudás felelősségének külső autoritásokra való átruházása.

¹¹ 51 a 83-ból.

elmélyült tájékozódás hiányát. „Nyilván tudtam, hogy tudok jól szülni, ha békén hagynak. Az én testem tökéletesen működik egy szüléshez, csak ne nyúljanak hozzám, hagyjanak békén, meg az magától is.” A női tudásba vetett hitre vezetik vissza azt az általános, szinte az össze megkérdezettre igaz elvárását, hogy minél kevesebb beavatkozással és természetes úton szülhessenek, amit azonban elsősorban a császármetszés vagy egyéb rossz emléké beavatkozás elkerülésének vágyával magyaráztak. „Beavatkozásmentesen, és főleg ne császárral, mert a női és a magzati szervezet erre van kialakítva, működik magától is.” „Féltem a beavatkozásoktól, főleg a gátmetszéstől, kórházfóbiám volt egy gyerekkori műtét miatt.” A vágyak és elvárások sokkal inkább vonatkoztak valaminek az elutasítására, elkerülésére, mintsem valaminek a megélésére, megvalósítására: „nem tudtam, hogy milyen beavatkozások vannak. A barátnőim meséltek. Azt mondtam, hogy én így biztosan nem fogok.”

Azok a nők, akik eljutottak a dűlaválasztásig, két lépcsőben kérdőjelezték meg azt a bevett gyakorlatot, ami a szülést a medikalizált gyógyító rendszer részeként értelmezi. Vagy már az első várandósságuk előtt/során találkoztak – véletlenül vagy tudatosan – a szülésre való felkészülés alternatív útjaival, s ezek a találkozások erősítették meg őket a saját testük működésébe vetett hitben, vagy saját – jó vagy rossz – szülésélményük után jutottak el ugyanide. A posztmodern szüléskultúrával való találkozásnak számtalan formájáról beszámoltak interjúalanyaink, de a legjellemzőbben kismamajogán, hordozási tanfolyamon, a Születés Hetén¹² vagy ismerősök ajánlásain keresztül kerültek kapcsolatba az alternatívnak nevezett szemléletmódokkal és gyakorlatokkal. Néhány kivételtől eltekintve ezeken a csatornákon keresztül ismerkedtek meg a dűlával, s a dűlával való közös felkészülés vezette el őket vágyaik és elvárásaik tudatos megfogalmazásához.

A dűlaválasztás motivációi

Mintánk közel felében már az első szülésükhöz is kértek fel dűlát a nők (22 főnek csak egy gyermeke volt, 19 pedig valamennyi születe alkalmával kért föl dűlát). Ezen édesanyák körében rendkívül jellemző volt még dűlaválasztásuk előtt a kórházi ellátással szembeni bizalmatlanság, ami kevésbé jellemezte azokat, akik nem az első várandósság alatt fordultak dűlához. „A magyar kórházak állapota, az infrastruktúra siralmas, rémisztő oda bemenni. Nem a dolgozókkal van baj, ők teszik a dolgukat, de a körülmények borzasztóak, mindenki ki van égve, igyekeznek túllenni a feladaton.” Közülük összesen három nő ismerte a dűlák tevékenységét még a várandóssága előtt, a többiek mind a várandósság alatt kerültek kapcsolatba velük a fent említett, ám összességében rendkívül sokféle csatornán keresztül. A leglényegesebb kérdés, hogy miért döntöttek úgy, hogy annak ellenére, hogy a dűlafogadás további anyagi terhet jelent a családnak,¹³ felkérik őket szülésük kísérésére. Az elsőszülők (41 fő) körülbelüli felének motivációjában jelennek meg legmarkánsabban az alternatív szüléskultúra alapértékei, amelyek a természetes szülés vágya, az autonómia iránti

¹² A Születés Hete több mint másfél évtizede megrendezett országos ismeretterjesztő, kulturális és szakmai rendezvénysorozat, amely a szülés-születés témakörét a legszélesebben értelmezve nyújt programokat mind a szakemberek, mind a nagyközönség részére.

¹³ Az ár, amiben a dűla a családdal megegyezik, többnyire szabott, de egyénileg változó, függ mind a dűla, mind a család személyétől és lehetőségeitől.

igény és a modern szüléskultúra hegemoniájával kapcsolatos ambivalenciájuk hálójában kristályosodtak ki: lelki támogatás, női támogatás, folyamatos támogatás, információ, normális szülés, biztonság. Az első négy eszközértékként jelenik meg a normális szülés mint célérték eléréséhez, amelyek együttesen vezetnek a biztonságérzethez. Ezek a területek egyszerre jelentek meg a narratívákban, mint összefüggő, egymást támogató, egymást kölcsönösen feltételező értékek.

A testi-lelki, a női és a folyamatos támogatás igénye alig-alig válik szét a narratívákban: „úgy gondoltam, hogy kell egy női támogatás a készüléshez, a szüléshez, meg utána is, nem elég a férfi energia ott mögöttem, egy férfi nem biztos, hogy ezt érzi és látja, hogy mi az, ami pontosan, ami kell”. A szülés női ügyként való értelmezése problematizálja az apa és a férfi orvos szerepét, de az anyák egyrészt jellemzően törekednek is rá, hogy szétválasszák a feladatköröket, másrészt a kérdést a tudás problémájaként kezelik. „Először nem igazán értettem, [hogy a dűlával szűlő ismerős nők] miért nem csak a férjükkel szűltek, meg hogy az mire jó, minek kell még valaki oda. Aztán rájöttem, hogy abszolút más feladatköre van, mert a férj nem tud úgy segíteni, mint egy nő.” „Nekem kellett az orvosi biztonság, de az összes szülész orvos, akit ismertem, férfi, s hát egy férfi nem érzi azt, amit egy nő, nem tud női fejjel gondolkodni, de nem is az a dolga.” A női és lelki támogatás igénye a sorstársközösség-élmény iránti vágygal is társul: „Szóval egy orvos nyilván tudja, hisz’ szülész orvos, tudja, hogyan szűletik, de nem ugyanúgy tud hozzáállni egy nőhöz, mint valaki, aki átélte, aki végigcsinálta.” „Jólesett neki elmesélni, ezeket elmeséltem a férjemnek is, de más volt egy nőnek, meg egy olyan nőnek, aki szűlt már, meg aki szeret a szűlésről beszélni.”

A fizikális támogatás, testi felkészítés és kondicionálás mint elvárás a dűlakkal szemben jellemzően a lelki jólléttel összefüggésben merült fel az interjúkban, masszázs, alternatív fájdalomcsillapítás, támasztás formájában. „Testi-lelki támogatást. Úgy képzeltem, hogy ugye egyrészt ő ismeri a folyamatokat, és ezért ő, egy ilyen állandó tájékoztatást tud adni tulajdonképpen magamról, de mégis a szűlés folyamatáról, és fájdalomcsillapítást is reméltem tőle, masszázst, és kismama masszázusra is jártam hozzá, szóval az ilyen testi dolgok könnyebbé tételét vártam tőle, amitől jobban érzem magam. Ugye az ilyen lelkit. Azt talán kevésbé, abban többet adott, mint gondoltam.”

Az információ igénye négy területen jelent meg az interjúkban: a várandósság során, a felkészülésben, a kórházi gyakorlat aktuális értelmezésében és a posztnatális időszakban. A várandóssággal kapcsolatos és a szűlés lehetséges velejáróiról szóló információkat a dűlák rendszeresen, egyénre szabottan nyújtják, ám ezeknek jelentőségét az anyák többnyire csak utólag mérték föl: „Jártam egy kórházi szűlésfelkészítőre is, de ott nagyon szelektált információkat kaptam, abszolút a kórház és a beavatkozások előnyeit ecsetelték csak, a rendelésen meg nem volt idő kérdezni, meg hát azt sem tudtam, mit kérdezzek. P. [a dűla] meg beszélgetett velem, sokat, és abból derült ki, miről érdemes még beszélni. Igazából mindent tőle tudtam meg, mindent, ami fontos.” Az információ és az érdekképviselő igénye erősen összefonódott: „Előzetesen ezt is megbeszéltük a M-val, ezt vártam tőle, hogy segítsen nekem, ha valamiben döntést kell hoznom, őt kérem meg, hogy magyarázza el. Az ember ilyenkor módosult tudatállapotban, nem biztos, hogy úgy jut el minden, és ez is

működött.” „Úgy éreztem, hogy a doktor úr, mégiscsak az ő fejében megvan egy protokoll, ami szerint ő menni fog, és nem tud dűlaként jelen lenni, meg nem is akar, és úgy éreztem, hogy akkor ki vagyok szolgáltatva a rendszernek, hogyha nincsen dűlám. Tehát egyedül kevés vagyok, hogy én egyedül képviseljem azt, hogy mi az, amit én akarok, és mi az, ami nekem jó, meg én nem is tudom annyira, mint egy dűla tudja, hogy mi jó nekem.”

A megkérdezett anyák körülbelűl kétharmada a dűla támogatását megerősítésként várta el és értelmezte, amelyben hangsűlyos a saját döntés meghozatalának igénye. „Azt éreztem, hogy V. tényleg mellettem van, és abban támogat, amit én szeretnék, és nem abban, amit rám akarnak erőszakolni. Elmond pro és kontra érveket, én döntök és alkalmazkodik, és nem befolyásol, meg semmi”. „A dűlák is, nem megmondják, hogy te mit csinálj, mit érezz, hogy csináld, hanem maximum kicsit terelgetnek, de nem mondják ki, hogy ez rossz vagy ez jó, hanem támogatnak.”. Ugyanakkor gyakori,¹⁴ hogy a medikalizált szűléskultűrában az orvosra hárított döntési felelűsség a megkérdezett nűk körében áthelyezűdik a dűlára, vagy meg kívánják osztani vele (39/83), bár ezt ők maguk szintén megerősítésként értelmezték, illetve a szűlés természetének tulajdonították: „Azt vártam, hogy ne az legyen, amit az orvos mond, hanem próbálgjon alternatívát mondani, hogy mit miért nem szűksűges, mi lehet a következménye, és segítsen dönteni.” „Meg valamilyen szinten megerősítést, hogyha például megkérdezik, hogy szeretne-e burokrepesztést, akkor hogy mit mondjak ebben a helyzetben, hogy szerinte jó lenne-e vagy sem, hogy látja, fáradok-e, van-e szűksűg rá, szűlés közben nem biztos, hogy el tudom dönteni. Ilyesmik.” A döntésben, illetve az orvosi beavatkozások elkerűlésében való segítség elvárása annak ellenére jellemzű, hogy a dűlák kompetenciája egyik helyzetre sem terjed ki. „E. megosztott velem olyan szakmai dokumentumokat, amik leírták az ő vállalásait, ő szerzűdésbe foglalta kettűnk között, hogy mi az, amiben engem tud segíteni, mi az, amiben nem tud segíteni. Egyszerűen csak úgy vállalhat felelűsséget, hogyha arról tájékoztat, nem tudom, egészségűgyi kérdésekben nem hozhat döntést helyettem, tehát, hogy én ezekrűl nagyon-nagyon komoly és alapos tájékoztatást kaptam, szóban is és írásban is az E-tűl.”

Az érdekképviselőt tehát általában a normális (azaz beavatkozásoktól, mestersűges megoldásoktól mentes) szűlés megélése lehetűségének keretében kap értelmet, amit a medikalizált szűlésvezetéssel állítanak szembe. „Tehát, hogy... mondom, nekem nem ez a mániám, hogy én ott így húú, de természetes vagyok, ezért aztán semmilyen kűrháznak a közelébe se megyek, csak az volt a világos, hogy van, amit jó egy kűrházban csinálni, mint egy vűrvizsgálat, mert azt korrektűl megcsinálják, de hogy mondjuk szűléskísérést nem tudnak Magyarorszűgon csinálni kűrházban. Ilyen, hogy szűléskísérés nincs. Sajnos még a legalternatívabb, meg ilyen-olyan kűrházakban sem tudnak ilyet, egész egyszerűen azért, mert tiltja őköt a protokoll. Nem azért, mert szakmailag nem tudják megcsinálni, nem azért, mert emberileg nem szeretnék megcsinálni, hanem köti őköt a protokoll. Ez a helyzet. És ezt senki nem mondja ki, de ez így van.” „Elsűsorban nekem a tudás volt nagyon hasznos, ami bennűk [a dűlákban]

¹⁴ Összességében az esetek valamivel kevesebb mint felében jellemzű, mivel tűbben azok közül is megfogalmazták a döntésben való segítség elvárását, akik máskűlűnben fontosnak tartották annak lehetűségét, hogy önálló döntést hozzanak a testűket, illetve gyermekűket érintű kérdésekben.

megvan, meg ahogy ismerik a protokollt, a kórházi szokásokat, mindent, és azzal szemben is tudnak engem képviselni.” „Meg a természetes fájdalomcsillapításban való segítséget vártam, annak a megoldását. El akartam kerülni a mindenféle mesterséges fájdalomcsillapítót, gyógyszeres fájdalomcsillapítást, amiben nagyon sokat tudott segíteni.”

A tárgyalt értékek érvényre juttatása a biztonság kategóriáját keretezi interjúalanyaink számára: „Hogy abba a kórházi, monoton közegbe, futószalagos közegbe legyen valaki, aki csak miattam van ott, és ha nem csinál semmit, akkor is ott van, és egy pillanatra sem hagy egyedül. És tudom, hogyha szükségem van rá, megfogja a kezem, támogat, biztat, közvetít.” „Tudtam, hogy az ad majd biztonságot, ha van velem valaki, egy olyan női támogató, aki engem képvisel, amikor én nem vagyok rá képes.” A kórházi ellátásba vetett bizalom függvénye, hogy a dúlát a szülő nő támogatói körének tagjaként vagy a szakszemélyzet ellenpólusaként értelmezik (utóbbira már több példát láthattunk): „Azért választottam [dúlát], mert azt gondoltam, hogy talán az első szüléssel, az első gyermek születésekor természetesen adódó bizonytalanságokat úgy fogom tudni kiküszöbölni, és saját magam számára egy nagyon nyugalmas szülési környezetet kialakítani, ha megvan a csapatom. Ha pontosan tudom, kik lesznek ott, kiknek a segítségére tudok számítani, így a választott orvos, a választott szülésznő meg a férjem mellé jött gyakorlatilag negyedik biztos pontnak, hogy van egy dúla, akivel szülés előtt is többször találkoztunk, ismeri a körülményeinket, a gondolkodásunkat. Ez egy ilyen biztonságérzetet adott nekem.”

Mint a fenti interjúrészletben is, rendre végigkíséri az elváráshorizontot a személyre szabott gondoskodás vágya: „A-val nem csak a gyakorlati dolgokról beszélgettünk, hanem rólam mint emberről, a családkról, a múltunkról, anyukámról, az én születésemről, a gondolataimról, szóval valamennyire már tényleg megismer, mire a kórházba jutunk, nem egy vagyok a sok közül, hanem az az egy.” Ez néhány esetben kiterjed a férfitársra is, de ahhoz képest, hogy más kutatásokban ezt a motívumot – retrospektív módon – az egyik legfontosabb értéként jelölték meg a megkérdezett édesanyák, saját mintánkban az elvárások vagy az értékelések között csak elvétve jelent meg.¹⁵ A folyamatos támogatást is a személyre szabott gondoskodással összefüggésben értelmezték interjúalanyaink, ami egyfelől a teljes perinatális életidőben való jelenlétet és potenciális tudásháttért jelenti, másfelől a vajúadás és a szülés során a valós időben való konkrét jelenlétet. „A dúla az, aki ott van előtte, közben meg utána is, aki mindig rendelkezésre áll, akitől mindig tudsz kérdezni. Az orvos ott van előtte meg akkor, meg nyilván utána rád néz, a szülésznő ott van közben, de aki utána is ott van, az csak a dúla.” „A szülésznőt nem bérelheted ki akkor sem, ha felfogadod, ő akkor is az osztályán van, kötelezettségei vannak, nem tud csak rád figyelni, de a dúla tényleg mindig veled van, neki semmi más dolga nincs, csak te, és ez akkor iszonyú fontos. Amikor épp nem szül az ember, nem érti, miért kell ez, de amikor szülsz, egészen más minden, akkor megérted.” A folyamatos támogatás mindkét értelmezése a biztonságérzés megteremtését célozza.

¹⁵ Koumouitzes és munkatársai (2006) egy amerikai vizsgálatában például a dúlával szült nők pozitív tapasztalataik között első helyen említették a férj kétszintű támogatását: a segítségnyújtást abban, hogy a férfi hogyan tudja segíteni a nőt a vajúadás és a szülés során, és közvetlenül a férj támogatását (étel-ital, pihenőidő biztosítása, információ nyújtása).

Várható volt, hogy akik egy saját szűlésélmény után választottak dűlát, másféle motivációkkal rendelkeznek, mint az elsűszűlűk. Ezekben az esetekben elsűprű többségben voltak azok, akik megelőzű szűlésűket negatív élményként élték meg. Voltak, akik kifejezetten traumatizálű eseményként beszűltek a szűlésűkrűl, s voltak, akik inkább csak csalódásukat fejezték ki. Az elsű csoport többnyire nem a szűlés gyakorlati kimenetelét problematizálta, hanem a szakszemélyzet hozzáállását, utűbbi csoportban pedig többségben voltak azok, akik természetes szűlésre készűltek, de végűl császármetszűssel hozták világra gyermekűket. „Legyen egy olyan személy, aki kompetensen tudja képviselni azt akár saját magammal szemben is, amit elűtte megbeszűltűnk. Mert biztos voltam benne, hogy a férjem befekszik az orvosok alá teljesen. Őt halálra tudják rémiszteni, úristen, most kell oxitocin, meg akkor most elvisszűk császározni. Holott az elsű szűlésem után világos volt, hogy a beavatkozások kilencven százaléka azért volt, mert meg akarták gyorsítani a szűlést, vagy mert pénzt kap érte a kórház. És amit ott lehetett, azt megcsináltak velem, epidurális érzéstelenítés, oxitocin, kézzel tágítás, fájás közben tágítás, abszolűt sunyi módon, burokrepesztés. És hát nyilván semmirűl nem tájékoztattak elűre, annyira kiszolgáltatott voltam közben, ja, hasba könyűklés, borzasztű élményem volt, és sokáig tartott, míg ezen túlléptem és rájűttem, hogy nem volt ez normális. És azt akartam, hogy legyen valaki, akinek ha azt mondom, hogy figyelj, adjál inni, akkor nem az a kérdűs rá, hogy szabad-e innom, hanem elűveszi a palackot és megitat, vagy belenyom egy kocka csokit a számba, ha éhes vagyok, titokban, igazából ilyesmik kezdtek el vezérelni.” „Nem volt egy horror vajűdás, de lassan haladt. Aztán minden elűzmény nélkül közűlték, hogy most mennek egy nagy műtűtre, úgyhogy ezt gyorsan megcsináljuk, és vittek császározni. Semmi beleszűlűsöm nem volt.” „Az volt a legfontosabb, hogy olyan emberek legyenek mellettem, akikben megbízhatok. Ugye mert az elsű szűlésnél sérűlt a bizalom, az orvosban meg a kórházban.”

Az elsű szűlés(ek) tapasztalata a megkérdezett nűk esetében mindig okként szűlgált a jobbnak, teljesebbnek, kielégítűbbnek, illetve a normálisnak tekintett szűlés lehetőségének keresésűre, amit több esetben a korábbi szűlésélmény feldolgozásának vágya hajtott. Ez az útkeresés vezette el űket a posztmodern szűléskultűrához, így tehát az út, ami a dűlákig tartott, magának a holisztikus szűlésmodellnek a felfedezése és megismerése. „A másodiknál már sokkal nagyobb hangsűlyt fektettem a lelki felkészűlésűre, hogy megértsem azt, hogy az elsű szűlésem alatt mi volt az, ami engem gátolt abban, hogy aktív résztvevűje legyek a saját szűlésemnek. Igazából élményként inkább passzivitást élttem meg az elsű alkalommal, és másodjára ezt nem akartam. Akkor már azzal is tisztában voltam, hogy a lelki része ennek a dolgoznak nagyon fontos ahhoz is, hogy a fizikai része megfelelő legyen, ne legyen probléma, ne legyen komplikáció.”¹⁶ Tűbben az otthonaszűlés lehetőségűre találtak rá ebben az útkeresésben, ahol a dűla természetes tagja a szűléstámogatásnak. „Azt tudtam, hogy még egyszer nem akarom ezt átélni. Akkor találtam rá Á-ékra, az otthonaszűlésnél meg jár a dűla.” „Az elsű kórházban szűletett császárral, a második dűlával, akkor sikerűlt megűszni a császárt, a harmadik otthon. Lassan tanultam meg, mit jelent egy babát világra hozni. Sajnálom, hogy ezt így kell megtanulni.” Azok, akik több gyermeket szűltek, a tapasztalataikból tanulva egyre szélesebb körű célokat fogalmaztak meg:

¹⁶ Az édesanya maga is orvos.

„Az elsőnél császárt nem akartam, a másodiknál burokrepszést sem, a harmadiknál semmilyen beavatkozást.”

A dúla tevékenységének utólagos értékelése

A dúlai támogatás utólagos értékelése minden esetben határozottan pozitív volt („persze!”, „nem kérdés!”, „abszolút!”, „csak dúlával szabadna szülni!”)¹⁷ függetlenül attól, hogy kórházi vagy otthoni szülésről volt-e szó, hogy a dúla végül bent lehetett-e a szülésnél, hogy mennyire tudatos keresés eredménye volt a dúla, illetve hogy volt-e olyan momentum, amit kifogásolt a dúla tevékenységével kapcsolatban.¹⁸ A többség (74 fő) úgy érezte, azt kapta a dúlájától, amit várt, ám sokan voltak a kórházban szülők közül, akik a dúla érdekképviseleti lehetőségét felnagyítva azt várták, hogy a dúla az anyát az egészségügyi szakszeméllyel, illetve a kórházi protokollal szemben is képviselje, s néhányan utólag is problémaként értelmezték ezen elvárás nem teljesülését. „Hát ez volt, amit meséltem. A köldökszinór elvágásánál, hogy nem mondta, én nem láttam, hogy akkor ott ne szorítsák el, ne vágják el azonnal. Ja, meg elvitték, az aranyóra. úgy volt aranyórámm, hogy elvitték a gyereket pár percre megmosni, de hát akkor is elvitték, és én ezt úgy éltem meg, hogy szó nélkül elvitték. Nem emlékszem, hogy szóltak volna. Esetleg annál úgy mondhatta volna, hogy ne vigyék, nem tudom..., esetleg.” „Hát például az volt, hogy igyekezett kívülálló, kívülálló maradni. Így hiába volt meg a szakmai tudása, nem szólt bele dolgokba, persze ez valamilyen szinten érthető, csak hogy mivel én nem vagyok olyan tudatállapotban, nem tudok szólni, akkor esetleg ő szólhatott volna, de ezt így előre nem beszéltük meg. Például itt a köldökszinór elvágásánál, például.”

Valamennyi magyar dúlaszervezet etikai kódexe (Nyitrai 2021, 61-66) – a nemzetközi normáknak megfelelően – kimondja, hogy a dúla nem ad tanácsot orvosi kérdésekben, és nem dönt az anya helyett. Belső szabály gyanánt ezeket a határokat a dúlák tisztázzák az anyával, amit több interjúalanyunk pozitívumként kiemelt, ugyanakkor ketten éppen e kompetenciahatárok pontos tisztázásának hiányát említették kritikaként. Többen szerettek volna jobban a dúla tanácsaira hagyatkozni: „Talán több dolgot inkább nekem kellett kérnem, hogy mire van szükségem, és abban segített. Kellett vizes ruha a homlokomra, és kértem, nem úgy magától. Vagy mondjuk fáj a derekam, és én kértem, hogy masszírozzon, inkább nekem kellett mondani, mire van szükségem, és abban segített, de nem így magától.” Néhányan a hasonló kifogásokat emelő nők közül értették ugyan a dúla motivációit, de nem fogadták el: „Az első dúlámtól azt vártam volna, hogy tök őszinte lesz, és képbe hoz ezekről az íratlan kórházi protokollokról, és haragszom is rá a mai napig, hogy ez nem történt meg. Egyszerűen nem vállalta be. Tehát egyszerűen, hogy mondjam, nem akart összeveszni a kórházzal, neki fontos volt az, hogy ott nem tudom, praktizálhasson, meg ne utálják ki, tehát ő mindig nagyon diplomatikusan fogalmazott ezekkel a dolgokkal kapcsolatban, és egyszerűen nem mondta meg, hogy figyelj, ez így van. Ahogy az orvosom se, mondom. Tehát, hogy mindenki védte a mundér becsületét.”

¹⁷ Amikor az interjú végén azt firtattuk, hogy most örül-e annak, hogy dúlával szült/dúlát fogadott.

¹⁸ Amikor konkrétan arra kérdeztünk rá, hogy volt-e a vajúdas vagy a szülés során olyan, amit várt a dúlájától, de nem kapott meg.

Volt, aki a probléma megfogalmazása után maga talált magyarázatot a dúla viselkedésére: „Ez ilyen ambivalencia, merthogy a dúla abban segít, amiben te szeretnéd, de hogy sokáig azt gondoltam, hogy a dúlának abban kell segíteni, hogy én kitaláljam, hogy mit is szeretnék. De hogy egy dúla abban tud segíteni, most, hogy így beszélgetünk, ami már készen van, ami már bennem megfogalmazódik.” Az egyik édesanya a dúlák lehetőségeit rendszerszinten, a modern szüléskultúra kritikájaként értelmezte: „A dúlás szülés akkor lehetne jó, ha a kórháznak normálisabb lenne a hozzáállása, tehát ha a dúla tehetné, ami tényleg a dolga, ami a folyamatos jelenlét, a folyamatos támogatás. De amíg ilyen szülészeti erőszakról¹⁹ beszélünk, addig ez kicsit visszás, hogy ott van a dúla, ennek a szemlélője, és végignézi, hogy a kismama traumatizálódik. Ebben úgy érzem, hogy kell változni.”

Ketten fejezték ki abbéli csalódásukat, hogy a dúla a posztnatális időszakban nem vett intenzívebben részt a család életében, de az interjú során fel is oldották e disszonáns érzésüket: „Tulajdonképpen a támogatás, de úgy, hogy nem szólnak bele a folyamatba, hanem megpróbálják afelé terelni, hogy ha elakadok, abból ki tudjanak mozdítani. De az én ösztöneimnek kell saját magamnak engedelmeskedni. Tehát nem az van, hogy rám erőltetnek egy akaratot, mert ezt így kell csinálni, mert így jó, hanem kibontakoztatják belőled az életet. Aztán magadra hagynak, hogy kezdjél valamit az élettel, ami végül is jó. Én többet igényeltem volna, de ez valószínűleg az én személyiségemből eredő bizonytalanság volt akkor.” Az egyik édesanya – aki az első szülése után maga is elvégzett két dúlaképzést – arra mutatott rá, hogy a dúla tevékenységének értékelése, elfogadása nagyban függ attól, hogy az anya hogyan szocializálódott: „Igen, tehát hogy mi juttat el minket oda, hogy milyen személyiségek vagyunk, szerintem az a neveltetésünk kérdése is [...]. Tehát a személyiségünkhöz hozzátesz az, hogy hogyan nővünk fel, és az, hogy el tudjuk-e fogadni azt, hogy szeretve vagyunk, hogy kiszolgálják, tehát azért az élet természetes velejárója, hogy vannak helyzetek, amikor, amikor elfogadhatjuk másnak a segítségét meg a szeretetét. És hogy ez egy szülésben, a szülőnő az szeretve, na jó persze, meg tud szülni egyedül is, de ez egy sérülékeny időszak, ahol nagyon jó az, hogyha olyan emberek vesznek körül, akik ezt tudják, és akik szeretve támogatnak.”

A kórházban szülők közül azok, akik csak a pozitívumokat emelték ki a dúlai támogatással kapcsolatos élményeikből, döntően neki (csak neki vagy neki is) tulajdonították pozitív szülésélményüket, s jellemzően elvárásaik teljesülését hangsúlyozták. A megelégedettség forrásai között a legjellemzőbb motívum annak megélése volt, hogy az anya úgy érezte, a szülés során önmaga lehetett: „Mert én azt gondolom, hogy a dúla tud olyan segítségeket adni egy szülés alatt, amik apróságoknak tűnnek, de én azt gondolom, hogy olyan kiszolgáltató helyzetben, ami egy szülés, azok az apróságok jelentik a legtöbbet, egyrészt, másrészt azért, mert hogy van egy ember, tulajdonképpen aki melletted áll mindig. És feltétlenül ad egyfajta elfogadást, amit nagyon gyakran a kórházi személyzet nem ad meg, és én azt gondolom, hogy ez az elfogadás nagyon fontos ahhoz, hogy egy szülés jól és gördülékenyen tudjon menni.” „Hogy nem kell vakon utasításokat követnem, mindig pont annyit segített, amennyit kellett, és így ment szépen minden. Az elsőnél nem így

¹⁹ Amikor az anya tudta vagy beleegyezése nélkül végeznek a testen egészségügyi beavatkozásokat. Bővebben lásd Garai, 2016.

volt, akkor megszülesztették a kisfiamat.” „Hát ennek tulajdonítom, hogy ilyen jól alakult a szülésem, hogy egyáltalán hüvelyi úton sikerült szülnöm császár után. Mindenképpen a dűlának és a vele való találkozásnak köszönhetem, meg amit tőle tanultam, ahogy ő segített abban, hogy úgy tudjak szülni, ahogy nekem jó. Ennél többet nem is vártam, ez a maximum.” Sokan az információk hasznát, a dűlától kapott felkészültséget és a kórházi érdekképviselőt emelték ki: „Én úgy gondolom, hogy egy dűlának lehet fontos szerepe egy szülésnél, de most pillanatnyilag Magyarországon ez az információátadás a legfontosabb. Ebben lehet úttörő szerepe a dűlának.” „A kórházban nem volt, aki képviselje az én álláspontomat, amit én szeretnék, és egyedül a dűla volt az, aki úgy éreztem, hogy mellettem van, jó, hát a férjem is mellettem volt, de hát. Aki úgy van mellettem, mint nő, meg tapasztalt nő, meg ismeri a szülés folyamatait, és így tud engem támogatni. És ott kellett is, hogy támogasson, mert a kórházban kicsit másképp gondolkodnak, mint ahogy én gondolkodom, és egyedül a dűla tudja, hogy hogyan szeretném én a dolgokat. És ott kellett valaki, aki ezt képviselje, mert nem volt más.”

Azok, akik a dűlával való megismerkedésük után maguk is dűlának tanultak, az új életcél jelentőségét emelték ki. Néhányan a szülés feldolgozásában való részvételét hangsúlyozták, megint mások megerősítő hatását tartották a legjelentősebb segítségnek: „Megtanultam bízni magamban, hogy ne másokra hagyatkozzak, hogy képes vagyok megszülni egy gyereket. És ez nem csak erre igaz, hanem az egész életvezetésemre, a terveimre, sokkal magabiztosabb lettem, mert ő ebben tudott nagyon jól támogatni.” Noha az otthoni szülésekben játszott szerepéről is pozitívan nyilatkoztak interjúalanyaink, itt távolról sem kapott akkora hangsúlyt a dűlai támogatás, mint a kórházi szüléseknél, lévén az otthoni szülés esetében a folyamatos támogatás és a háborítatlan szülés biztosítása alapkövetelmény.

A dűlaválasztás biopolitikai és tudáspolitikai dimenziói

Interjúalanyaink akkor, amikor a dűla felkérése mellett döntöttek, a szülészeti ellátás jellegéből és infrastrukturális feltételeiből adódó úrt igyekeztek kitölteni, és a szülés emocionális oldalának támogatását a saját maguk számára biztosítani, lévén a szülésznő kórházi feladatai szinte lehetetlenné teszik a folyamatos jelenlétet, illetve munkája egészségügyi kérdések észlelésére és ellátására is kiterjed, az orvos pedig kifejezetten a fiziológiai folyamatokra koncentrál. A dűla viszont kizárólag azért van jelen a vajúadás és a szülés során, hogy a szülő nő egyéni igényeinek eleget tegyen, főként hogy már ismeri személyes körülményeit és esetleges félelmeit, vágyait, illetve hogy a folyamatos megerősítés által „bent tartsa” a szülés folyamatában (vö. Gilliland, 2002; Simpson, 2012; Lundgren, 2012; Bohren et al., 2017; Lunda et al., 2018), továbbá, hogy fizikai támogatást nyújtson. Az az igény, amely a páciens lelki szükségleteinek kielégítését igényli a testi működés kontrollálása mellett, már megjelent az orvoslás egészén belül, ám a szülés esetében az alternatív szülészmozgalmak demedikalizációt követelő érvelése következtében az is kérdésessé vált, hogy a mérhető kockázatok nélküli várandósságot követő szülés miért sorolódik az orvoslás égisze alá. A dűlák tehát a posztmodern szüléskultúra azon mondanivalóját

(is) képviselik, amely a szülést alapesetben nem orvosi, hanem szociális eseményként értelmezi. Ez a biopolitikai keretezés a szülés feletti kontroll hatalmi normarendjét rajzolja át.

A mintánkba került nők többsége egy tapasztalati és/vagy eszmei út bejárása után jutott el a dúlaválasztásig, mert korai ismereteiket akkor vagy utólag nem tartották kielégítőnek. Az első anyaság előtti információhiányt a szüléssel kapcsolatban a tudás elosztásának társadalmi egyenlőtlenségére vezették vissza, amely egyben legitimálja is az ismerethiányt: a tudásalapú társadalmakban a külső autoritásokra, a szaktekintélyre való hagyatkozás kulturális normaként értelmeződik, ami a medikalizáció 17. század óta tartó folyamatában az egészségügy kérdéseiben rendkívül mély gyökereket vert. Ha figyelembe vesszük azt a tényt, hogy Európában a politikai hatalom a 18. század óta felismerte a biopolitikában rejlő lehetőségeket a társadalom feletti kontroll megerősítésére (Foucault, 1996), s az asszisztált reprodukciós technológiák kiterjesztésével, illetve az abortusz kérdéséhez kapcsolódó döntésekkel fenntartja ma is, akkor nem csodálható, hogy a szülés módja felett is régóta igényt tart az ellenőrzésre. Foucault amellett érvelt, hogy a modern társadalomban – és hozzátehetjük, ma is – a fegyelmező hatalom a diskurzus feletti kontrollban nyilvánul meg, ami tehát megszabja, hogy miről hogyan gondolkodunk és beszélünk. Ez a társadalmi diskurzus, ami a szülés esetében a 18. századtól részben az állam, s lassú átmenettel részben az orvosi hatalomhoz kapcsolódik, meghatározza, hogy a saját élmény megtapasztalása előtt és gyakran utána is – hiszen a normák, amelyeket rítusokkal erősítünk meg, egy bizonyos kognitív mátrix szemszögéből engedik csak látni a világot (Davis-Floyd és Franklin 2005, 12-13) –, hogyan gondolkodunk a szülésről.

Ezt a ráhagyatkozást azonban a későmodernitásban az információhoz való hozzájutás mértéke alapján felülírja az autonómia iránti igény, amely a szülés esetében termékeny talajra talált. A reprodukív autonómia²⁰ éppen a test feletti autonóm kontrollt hivatott biztosítani, amely – miként arra Tari Gergely a test medikalizációját és kulturális felügyeletét elemző disszertációjában (2020) rámutat – a modern szüléskultúrában az intézményi beágyazottság miatt óhatatlanul csorbát szenved. A kórházi hierarchia, a kórházi protokoll, a helyi szokások és a sokszempontú, mindenkire kiterjedő megfelelési kényszer nem engedik érvényre jutni az egyéni elképzeléseket. A szüléstapasztalatok aztán – függetlenül attól, hogy jók vagy rosszak – kétféle irányban erősíthetik meg az elvárásokat: vagy tovább mélyül a tudomány letéteményesének tekintett, intézményes keretek között működő szaktudásba vetett bizalom, vagy új legitimációk lépnek érvénybe. Az első esetében kevés jelentősége van az autonómia iránti igénynek, a másodikban felértékelődik ez az elvárás. Ez a leegyszerűsítő séma a valóságban persze jóval összetettebb szerkezetben jelenik meg, ám alapvetően vagy továbbra is megbízik a nő a medikalizált rendszerben (mert a

²⁰ A reprodukív jogokat az „1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről” tartalmazza: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>. A reprodukív autonómia a nők és a férfiak azon jogaira utal, amelyek döntési szabadságukat biztosítják a gyermekvállalással összefüggő egzisztenciális kérdésekben (Purdy, 2006, idézi Tari, 2020, 176). Ezen jogokat hazánkban az egészségügyi törvény garantálja, amely többek között a tájékoztatáshoz való jogról (ami a tájékozott beleegyezés feltétele), az önrendelkezés jogáról, az egészségügyi ellátáshoz való jogról, az emberi méltósághoz való jogról, a kapcsolattartási jogról és az ellátás visszautasításáról szóló jogról szól.

szülés módja nem ütközött előzetes elképzeléseivel, vagy éppen mert úgy értékeli, hogy a felmerülő nehézségeket az orvostudomány oldotta meg), vagy új megoldásokat keres, mert a tapasztalata nem találkozott az előzetes elvárásaival, és szeretné saját elképzeléseit érvényre juttatni.

Giddens a későmodern társadalmak jellemzőjeként írja le a ráció, a szaktekintély társadalmihierarchia-szervező elvének megingását, mert a racionálisnak tekintett tudás immáron igazolásra szorul, és úgy tartja, csakis a laikusokkal interakcióba lépő, reflexív intézmények maradnak életképesek (Giddens, 1990, idézi Rényi, Sik és Takács, 2014, 21-22). Az állami fenntartású, intézményi szülészeti rendkívül merev és hierarchikus, patriarchális berendezkedése a szülésznők/bábák kompetenciáinak kiterjesztésével, illetve a posztmodern szüléskultúra elemeinek magába olvasztásával képes a reflexivitásra, amely a magánintézmények számára egzisztenciális szükségszerűség, az állami kórházak számára viszont saját szempontjukból kontraproduktív. Az alternatív szüléskultúra a társtudományok eredményeit is beépítő új tudások alkalmazását²¹ és a szemléletbe illesztését kéri számon az intézményesült autoritásokon.

Dominique Memmi (2003) ugyanakkor arra mutat rá, hogy a hatalom diszkurzív felügyelete a reprodukció kérdésében is átalakulni látszik, s az általa *delegált biopolitikának* nevezett folyamat során a hatalom képviselői (állam, orvosok, szaktekintélyek)²² bizonyos kérdésekben átruházzák a döntési jogot a páciensekre (a szülés estében ezeket tükrözik a reprodukciós jogok), ami kiszélesíti a „felhasználó” autonómiáját. Ennek a jogilag biztosított autonómiának a felhasználását szorgalmazzák a dúlák, ami elvben lehetővé teszi, hogy az anya maga gyakorolja a kontrollt gyermeke születése felett – akkor is, ha a kontroll gyakorlása a természetes folyamatok biztosítását jelenti.

Ugyanakkor Memmi delegált biopolitikája úgy tűnik, ezen a szinten gyakran tovább differenciálódik vagy tovább delegálódik, amikor az anya az elutasított rendszer (a medikalizált szülésmodell) autoritása helyett a preferált rendszer (holisztikus szülésmodell) autoritását fogadja, sőt várja el, s a reá delegált döntési jogot megosztja vagy tovább delegálja a dúlára. Míg ugyanis a korábbi diszkurzív felügyelet viszonylag mereven kijelölte az egyén státuszához kapcsolódó szerepét a szülés helyzetében is, így az ontológiai biztonságot a létező referenciapontokhoz való igazodás adta, addig a későmodernitás identitáskonstrukcióját éppen a reflexivitás lehetősége alapozza meg, amely azonban már nem kínál biztos kapaszkodókat. Ráadásul, mivel az egyén szocializációja rendkívül sokrétűvé vált (Lahire, 2012), nehéz egyértelmű keretekre támaszkodni az önértelmezés, az önkifejezés vagy akár a vágyak megfogalmazása során. A szülés esetében a modern szüléskultúrában a nőnek kevés valódi döntési lehetősége van például a beavatkozásokat, a szülési pozíciót vagy általában a szülés minőségét tekintve, de a döntési jog elvi lehetőségét a posztmodern

²¹ Például a szülészeti beavatkozások és a szülés minőségének hosszú- és rövidtávú hatásai a gyermek egészségére, a kötődésre, az epigenetikus és transzgenerációs hatások, amelyeket a szülés módja befolyásol vagy a szülés pszichoemotív hatásmechanizmusai (Hyde et al., 2012; Bell, Ericson és Carter, 2014; Dahlen et al., 2014; Feldman, 2015; Varga, 2019a,b).

²² Memmi eredetileg arról beszél, hogy az állam először az orvosok és szakdolgozók részére enged át döntési jogköröket, majd ezt tovább delegálva a páciensek részére is.

szüléskultúra normarendjét elfogadva érvényesíteni kívánja. Ám mivel a rendszer ezt nehezen teszi lehetővé, a dúlával szülő nők egy része igyekszik e jogot átruházni arra vagy megosztani azzal, aki a kórházban szimbolikusan megjeleníti a posztmodern szüléskultúrát, vagyis a vágyott referenciakeretet. A döntéshozatalban való dúlai részvétel elvárása az otthonszülések esetében egyszer sem jelent meg.

Következtetések

Alapvetően a vizsgálatunkban részt vevő édesanyák elvárásai összekötötték a mentális megerősítésnek és a szülés tudásának a lehetőségét, amit a biztonságérzés feltételeként értelmeztek. A dúla-támogatta szüléstől a megalapozott döntéshozatal lehetőségét várták, amelyre a dúlai felkészítés révén felkészültnek tartották magukat, és hangsúlyozták is ezirányú jogaikat, még ha egy részük a dúlától várta is a reprodukív jogok gyakorlásának biztosítását. A felkészülés során annak a tudásnak igyekeztek birtokába kerülni – és ebben vártak és kaptak támogatást a dúlaktól –, amely a nő számára lehetővé teszi, hogy a szülésről való tudásra ne egy kisajátított és a magasan képzett szakértőkre delegált ismeretanyagként tekintsen, hanem az érintettekkel megosztott, az önképzésre és az önmegerősítésre lehetőséget nyújtó információbázisként.²³ Ugyanakkor a legitimnek elfogadott tudományos tudás szerkezetében is jelentős változásokat hozott a későmodernitás, mert az interdiszciplinaritás követelménye kibővítette (a szülészetten belül éppen bővíti) a szaktudományok referenciakereteit, és tárgyunkban ez a jelenség a feminizmus társadalomtörténeti folyamatára is reflektálva a posztmodern szüléskultúrán belül lehetővé teszi a női látásmód megjelenését. Ez a látásmód a szülés esetében a tanult tudás mellett a tapasztalati tudás felértékelését is megköveteli, s a szülést (újra) női tudásként aposztrofálva újraértelmezi a szülés „tudásának” kérdéskörét, amelyet a perinatális tudományok a pszichoemotív összefüggések feltárásával tudományos alapokra helyeznek (Varga, 2015; Varga, Andrek és Molnár, 2019).

Éppen ezért a dúlák kimondott célja nem a tudás átadása, hanem a *képessé tevés*, nevezetesen arra, hogy a nő a szülés során ne szoruljon külső megoldásokra, irányításra. Ez egybecseng az egyéniség, egyediség posztmaterális értékének a szülésre is kivetített normájával, amely az alternatívák közötti választás jogát és lehetőségét az önkiteljesedés egyik formájaként értelmezi.

A dúla, aki tehát a posztmodern szüléskultúra alapértékeit közvetíti, részben megerősíti a nőket korábban meg nem fogalmazott és ki nem mondott értékeikben, részben átformálja eredeti szemléletmódjukat a szüléssel kapcsolatban. Az ideális szülés leírásakor jellemző a holisztikus szülésmodell reverbációja, ami az egyéni szemléletmódokat a közös tudás keretei közé tereli, teret és lehetőséget biztosítva a posztmodern szüléskultúra piacának bővülésére. Ugyanakkor nem kétséges, hogy az anyák gondolkodásmódját az egyre differenciáltabb társadalmi diskurzus egyéb terei is

²³ Melender (2006) finn várandós nők körében végzett kutatása is arra világít rá, hogy az érintettek nagyobbra értékelik az olyan szülés lehetőségét, ahol az őket érintő kérdésekre aktívan bevonódhatnak, mint azokét, ahol inkább utasításokat hajtanak végre, mert előbbi javítja, míg utóbbi rontja önértékelésüket.

formálják, így az egyéni változatok megjelenése a standardizálásra törekvő medikalizált rendszer számára befogadhatatlan. A feszültséget, ami az individuális autonómia biztosítása és a hierarchikus intézményi normarend között feszül, a dúlák kívánják feloldani azzal, hogy közvetítőként lépnek föl a két rendszer között. Ezt az anyák megerősítő támogatásként és autonómiájuk védelmeként értelmezik.

Felhasznált irodalom

- Bell, A.F. – Ericson, E.N. – Carter, S.** (2014). Beyond Labor: the role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *Journal of Midwifery Women's Health*, 59(1): 35-42.
- Bohren, M.A. – Hofmeyr, J.G. – Sakala, C. – Fukuzawa, R.K. – Cuthbert, A.** (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7): No. CD003766.
- Brehmer, B.** (1976). Social Judgement Theory and the Analysis of Interpersonal Conflict. *Psychological Bulletin*, 83(6): 985-1003.
- Camann, W.** (2000). Doulas: Who Are They and How Might They Affect Obstetrical Anesthesia Practices? *American Society of Anesthesiologists Newsletter*, 10: 11-12.
- Dahlen, H.G. – Downe, S. – Kennedy, H.P. – Foureur, M.** (2014). Is society being reshaped on a microbiological and epigenetic level by the way women give birth? *Midwifery*, 30(12): 1149-1151.
- Davis-Floyd, R. – Franklin, S.** (2005). On Reproduction. *Sage Encyclopedia of Anthropology*. Sage Publications.
- Davis-Floyd R. – Pascali-Bonaro, D. – Sagadi-Leslie, M. – Vadeboncoeur, H. – Davies, R. – Ponce de Leon, R.G.** (2011). The International MotherBaby Childbirth Initiative: Working to create optimal maternity care worldwide. *International Journal of Childbirth*, 1(3): 196-212.
- Feldman, R.** (2015). Sensitive periods in human social development, new insight from research on oxytocin, synchrony, and high-risk parenting. *Development and Psychopathology*, 27(2): 369-395.
- Foucault, M.** (1996). *A szexualitás története. A tudás akarása*. Ford. Ádám Péter. Budapest: Atlantisz.
- Garai M.** (2016). Szülészeti erőszak és kommunikációs bázisa. Elhangzott *Az erőszak és ellenségkép-képzés diskurzív stratégiái és társadalmi gyakorlata* c. konferencián. Magyar Szociológiai Társaság Vidék- és Faluszociológia, valamint a Roma/Cigány Kutatások Szakosztálya, Wesley János Lelkészképző Főiskola, 2016. május 18-19.
https://holdudvar.babahaz.hu/GaraiMixi_Szuleszeti_eroszak.pdf
- Giddens, A.** (1990). *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity.

- Gilliland, A.L.** (2002). Beyond Holding Hands: The Modern Role of the Professional Doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(6): 762–769.
- Gilliland, A.L.** (2010). *A grounded theory study of effective labor support by birth doulas*. Dissertation, Human Development and Family Studies, University Of Wisconsin-Madison.
https://www.researchgate.net/publication/266609592_A_GROUNDED_THEORY_MODEL_OF_EFFECTIVE_LABOR_SUPPORT_BY_DOULAS
- Gordon, N.P. – Walton, D. – McAdam, E. – Derman, J. – Gallitero, G. – Garrett, L.** (1999). Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. *Obstetrics & Gynecology*, 93(3): 422-426.
- Greiner, K.S. – Hersh, A.R. – Hersh, S.R. – Remer, J.M. – Gallagher, A.C. – Caughey, A.B. – Tilden, E.L.** (2019). The Cost-Effectiveness of Professional Doula Care for a Woman's First Two Births: A Decision Analysis Model. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(4): 410-420.
- Hodnett, E.D. – Osborn, R.W.** (1989). Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Research in Nursing and Health*, 12(5): 289-297.
- Hodnett, E.D. – Gates, S. – Hofmeyr, J.G. – Sakala, C.** (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/epdf/full>
- Hunter C.** (2012). Intimate space within institutionalized birth: Women's experiences birthing with doulas. *Anthropology & Medicine*, 19(3): 315-326.
- Hyde, M.J. – Mostyn, A. – Modi, N. – Kemp, P.R.** (2012). The health implications of birth by Caesarean section. *Biological Reviews*, 87(1): 229-243.
- Kennell, J. – Klaus, M. – McGrath, S. – Robertson, S. – Hinkley, C.** (1991). Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 265(17): 2197-2201.
- Kisdi B.** (2016). Minden dolgok jó kezdete. Jól szülni és jól születni. In: Smid Bernadett (szerk.), *Minden dolgok folytatása. Tanulmányok Deáky Zita 60. születésnapjára* (397–420). Budapest: ELTE BTK Néprajzi Intézete.
- Kisdi B.** (2019). A modern szülészeti gyakorlat kulturális antropológiai elemzése. In: Varga Katalin – Andrek Andrea – Molnár Judit (szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (74-89). Budapest: Medicina.
- Klaus, M. – Kennell, J. – Klaus, P.** (1993). *Mothering the Mother*. New York: Addison-Wesley Publishing Company.
- Koumoutzes-Douvia, J. – Carr, C.A.** (2006). Women's Perceptions of Their Doula Support. *The Journal of Perinatal Education*, 15(4): 34-40.

- Kozhimannil, K.B. – Attanasio L.B. – Hardeman, R.R. – O'Brien, M.** (2013). Doula Care Supports Near-Universal Breastfeeding Initiation among Diverse, Low-Income Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(4): 378-382.
- Kvale, S.** (2005). *Az interjú. Bevezetés a kvalitatív kutatás interjútechnikáiba*. Ford. Kovács Bence, Sivaldó Ákos. Budapest: Jósöveg Kiadó.
- Lahire, B.** (2012). A habituselmélettől egy pszichológiai szociológia felé. Ford. Fáber Ágoston. *Replika*, 79: 45-66.
- Lundgren I.** (2010). Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 26(2): 173-180.
- Melender H.L.** (2006). What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 51(5): 331-339.
- Memmi, D.** (2003). Governing through speech: The New State Administration of Bodies. *Social Research*, 70(2): 645-658.
- Meyer, B. – Arnold, J. – Pascali-Bonaro, D.** (2001). Social Support by Doula during Labor and the Early Postpartum Period. *Hospital Physician*, 37(9): 57-65.
- Nyitrai E.** (szerk.) (2021) *Dúlatanulmány*. <https://bekesdulakor.hu/dulatanulmany-2021>
- Lunda, P. – Minnie, C.S. – Benadé, P.** (2018). Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1755-8>
- Purdy, L.** (2006). Women's Reproductive Autonomy: Medicalisation and Beyond. *Journal of Medical Ethics*, 32(5): 287-291.
- Raphael, D.** (1973). *The Tender Gift: Breastfeeding*. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Redshaw, M. – Heikkila, K.** (2010). *Delivered with Care: A National Survey of Women's Experience of Maternity Care*. Oxford: University of Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit. https://www.researchgate.net/publication/276280794_Delivered_with_Care_A_National_Survey_of_Women's_Experience_of_Maternity_Care
- Scott, K.D. – Klaus, P.H. – Klaus, M.H.** (1999). The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 8(10): 1257-1264.
- Scott, K.D. – Berkowitz, G. – Klaus, M.** (1999). A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180(5): 1054-1059.
- Simkin, P. – O'Hara, M. A.** (2002). Selected Non-Pharmacologic Methods for Relief of Labor Pain: A Systematic Review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5): 131-159.

- Simpson M.J.** (2012). Women's perspectives on supportive care during labour and delivery. MA Thesis. Vancouver: University of British Columbia.
- Stein, M.T. – Kennell, J.H. – Fulcher, A.** (2004). Benefits of a doula present at the birth of a child. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25(5): 589-592.
- Steel, A. – Frawley, J. – Adams, J. – Diezel, H.** (2014). Trained or professional doulas in the support and care of pregnant and birthing women: a critical integrative review. *Health and Social Care in the Community*, 23(3), 225-241.
- Tari G.R.** (2020). *A férfi és női testek medikalizációja a XIX. századtól napjainkig*. Doktori disszertáció. Szeged: Szegedi Tudományegyetem Bölcsészeti és Társadalomtudományi Kar, Málnási Bartók György Filozófia Doktori Iskola Etika és alkalmazott filozófia alprogram.
- Varga K.** (2015). Az oxitocin pszichoemotív hatásai a szülés-születés szemszögéből. In: Kisdi Barbara (szerk.): *Létkérdések a születés körül. Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében* (265-289). Budapest: L'Harmattan.
- Varga K.** (2019a). A szülés/születés módjának távolra nyúló hatásai. In: Varga – Andrek – Molnár (szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (276-284). Budapest: Medicina.
- Varga K.** (2019b). Quo vadis szülészet – a szülészeti beavatkozások távolhatásainak lehetséges mechanizmusai. In: Varga – Andrek – Molnár (szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (389-398). Budapest, Medicina.
- Varga K. – Andrek A. – Molnár J. E.** (szerk.) (2019). *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Budapest: Medicina.



Békés Vera

Két kéziratról – Hidas György hagyatékából

Éppen tíz éve, hogy 2012-ben, 87 évesen elhunyt Hidas György, a Ferenczi Sándor Egyesület egykori alapítója, valamint a Thalassa Alapítvány elnöke, az *Imágó Budapest* elődjének, a *Thalassának* egyik alapító szerkesztője, a Magyar Pre- és Perinatális Orvostudományi Társaság meghatározó kezdeményezője.

Az *Imágó Budapest* lapjain több alkalommal is méltattuk mind szerteágazó elméleti, mind pedig hazai és nemzetközi szervezői munkásságának jelentőségét. Így most talán csak a legfiatalabbak számára szükséges felidézni, hogy a hazai pszichoanalitikus közösség – és egyáltalán, a pszichoanalitikusan orientált kultúra – mennyi mindent köszönhet Hidas Györgynek.

Az 1925-ös születésű Hidas ahhoz a generációhoz tartozik, akik közvetlenül a második világháború végét követően kezdték meg orvosi tanulmányaikat. Valamennyien súlyos személyes traumákat hordozva váltak felnőtté egy, a korábbi szétvert struktúrák romjaiból lassan születő, új világban. S tudjuk, hogy az eleinte reményteljesnek tűnő, megújuló életről alig néhány év alatt kiderült, hogy egyáltalán nem lett se békésnek, se biztonságosnak mondható.¹

Mire pszichiátriára szakosodóként elvégezte az orvosi egyetemet, az országban bekövetkezett az 1948-as politikai fordulat. Az új adminisztráció a hivatalossá tett szovjet mintához igazodott a gazdasági, politikai és kulturális élet minden területén. Ennélfogva a veszteségeiből épphogy felépülő magyar pszichoanalízis rövidesen „burzsoá áltudomány” terjesztőjének minősült, s az iskola rövidesen legális működésének felfüggesztésére kényszerült. Osztozott ebben a sorsban számtalan más szakmai, művészeti, természet- vagy társadalomtudományi szerveződéssel, pedagógiai irányzattal, társadalmi egyesülettel vagy ifjúsági mozgalommal. Mindez azzal is járt, hogy évtizedekre megszakadt a nyilvános kapcsolat a nemzetközi pszichoanalitikus mozgalom tagjaival, köztük az egykori budapesti iskola emigránsaival is. Az itthon maradt, belső emigrációba vonult pszichoanalitikusok tevékenysége valójában persze ekkor sem nem szűnt meg egészen, csak mintegy illegalitásban folytatódott. A

¹ Hidas részletes szakmai önéletrajzi írásában mutatta be a magyar pszichoanalitikus-mozgalom újjászerveződéséhez és megerősödéséhez vezető rögzös utat (Hidas, 1998). Lásd továbbá Harmat Pál magyar pszichoanalízis-történeti nagymonográfiáját (Harmat, 1994).

legnevezetesebb munka Hermann Imre körében folyt, ahol a pszichoanalitikusok az intézményük feloszlása után, ha formális keretek között nem teheték is, de rendszeresen összejártak, és továbbra is folyamatosan képezték magukat. Azonban ezeket a zártkörű szakmai összejöveteleket a régi, évtizedekkel korábban rögzített standardok alapján irányították még a hatvanas években is. Az ortodox freudi tanoktól való mindenféle „elhajlást” meglehetősen mereven elutasítva, „a kör zártan, enklávészerűen szerveződött, patriarkális, paternalisztikus szerkezeti vonásokkal”.²

Érdeemes viszont meggondolni azt is, hogy ez az elhúzódó, „tájkép csata után”-szerű állapot hosszú távon váratlan lehetőséget is nyújtott a pszichoanalitikus szemlélet iránt fogékony, de többnyire a szó mind szoros, mind pedig átvitt értelmében is *elárvult* fiatalok számára. Ugyanis, minthogy megszakadt a folytonossági lánc Ferenczi egykori közvetlen tanítványai és a háború után induló nemzedék tagjai között, az új generáció immár elfogulatlanabb érdeklődéssel fordulhatott Ferenczi olyan témái felé is, melyeket Freud annak idején a standard által megszabott határok átlépésének minősített. Sőt, visszatekintve, kimondhatjuk, hogy az új generációnak³ éppen perifériás helyzeténél fogva nyílhatott esélye arra, hogy a maga számára önállóan fedezze fel az „eretnek” elődöt. Hidas pontosan vázolta a helyzetet: „Ferenczi szemléleti és technikai újításai, amelyek jelentős avantgárd törekvések voltak, s amelyek közül nem egy a maga idején botránykőnek számított például Freud szemében, Ferenczi halála után alig található meg a magyar pszichoanalízisben. [...] A magyar pszichoanalitikus csoportnak éppen a nemzetközi vérkeringésből való kizártsága miatt zárványjellege volt. Őrizte a harmincas évek szokásait, és magában hordta a Ferenczit »Nyelvzavar...« cikke, a terápiás kísérletei miatt eltaszító Freud okozta trauma és a Freud iránti lojalitás konfliktusát.”⁴

Fontos ehhez még hozzávenni Bókay Antal megjegyzését, aki – immár az 1990-es évek tágabb perspektívájából visszatekintve – Ferenczi jelentőségét elemző tanulmányában hívja fel a figyelmünket: „... mindenki, aki Ferenczi eretnokségét hangsúlyozta, alig tudott valami konkrét, igazán meggyőző elméleti eltérést felhozni ellene, csak általános érzését hangsúlyozta, hogy »valami nincs rendben«. Ferenczi Junggal és más dezertőrökkel ellentétben egyetlen alapvető pszichoanalitikai terminust sem kifogásolt, »csak« valahol a láthatatlan alaprendszer, az emberről való beszéd módját változtatta meg.”⁵

² Hidas, 1997a, 103; 1998, 119.

³ Hidas önéletrésében „*az undergroundban felnőtt nemzedék*”-nek nevezi ezt az analitikusnak készülő generációt, melynek tagjaiból (Hidas György, Linczényi Adorján, Nemes Livia, Paneth Gábor, Vikár György) szerveződött 1975-ben az a nevezetes study group, amelyet 1989-ben a nemzetközi egyesület egyenrangú tagként elismert, és ugyanez évtől a rendszerváltás pezsgésében Magyarországon is újra legális Pszichoanalitikus Egyesületként működhet. (Hidas, 1997a, 105; 1998, 122.)

⁴ Hidas, 1997a, 103; 1998, 119-120.

⁵ Bókay, 2000, 255.

A baba-mama kapcsolatanalízis

Hidas György, köztudomású, igen aktív kezdeményezője és tapasztalt szervezője volt a magyar pszichológiai életnek. Ezek között is – jelen szempontunkból legfontosabb – eredményei, hogy egyfelől hazai és nemzetközi kontextusba emelte (visszahelyezte) Ferenczi pszichoanalitikus szemléletű *prenatális koncepcióját*, másfelől, tanítványával és munkatársával, Raffai Jenővel közös kutatásban kidolgozták és a gyakorlatban is meghonosították a pszichoanalízis egy lényegileg új ágát, az anya-magzat kapcsolatanalízist.⁶

1996-ban a Pre- és Perinatális Orvostudomány Nemzetközi Társasága (ISPPM) Budapesten rendezte kongresszusát, ami egyúttal a megalakuló Magyar Pre- és Perinatális Orvostudományi Társaság (MPPOT) első kongresszusa is volt. Hidas itt tartott nagyelőadása („Ferenczi Sándor, a nemkívánt gyermek”), Ferenczi eszmei örökségének folytatójaként lépett fel, és lényegében ekkor tematizálta a perinatális pszichoanalízis lehetséges „budapesti” útját.⁷

Végigtekintve Hidas életútján, láthatjuk, hogy ez a két hátrahagyott kézirat, amelyeket most mint Hidas György késői pályaszakaszának dokumentumait közreadunk, szervesen illeszkednek munkásságának egészébe. Hidas egyértelműen Ferenczi prenatális megjegyzéseinek továbbgondolójaként azt vallotta, hogy a személyes tudattalan nem a születéskor születik (és persze nem is később), hanem már a magzati korban, az *anya-magzat* kapcsolatban is *működhet*, és egy erre a kommunikációra irányuló újfajta pszichoanalízis preventív hatással lehet a megszülető gyermek későbbi életkilátásaira, lelki egészségére. Valójában, mint rámutatott, a gondolat benne rejlik már Ferenczi „határ-átlépésében”: „A prenatális pszichológia a húszas években pszichoanalitikusok felismeréseivel kezdődött, akik a születés traumájának a jelentőségét hangsúlyozták az emberi személyiség fejlődésében, az anya születendő gyermekével kapcsolatos attitűdjeinek hatását a gyermek születése utáni és későbbi fejlődésére jelentősnek találták pácienseik történetében, betegségeik alakulásában.”⁸

Terápiás tevékenysége során és azon túl, szervezői kezdeményezéseiben is, mindvégig, meglehetősen tudatossággal fogalmazta újra és újra ugyanazokat a dilemmákat, és remélt választ ugyanazokra az alapvető kérdésekre. Ezek, egyfelől: Vajon kiterjeszhető-e érvényesen a pszichoanalitikus nézőpont és szemléletmód az egyéni terápián túlmutató, társas, illetve társadalmi jelenségek megértő vizsgálatára is, és ha igen, ez a lépés milyen mértékig és milyen módszerekkel tehető meg? Másfelől, ezzel összefüggésben, mindvégig jelen van az a fontos, filozófiai természetű dilemma is, amelyet Hidas kezdettől, beleértve az utolsó írásokat is, rendszeresen felvetett. Ez pedig: Vajon a pszichoanalitikus terápia, illetve kommunikáció során megjelenő

⁶ Az elméleti alapokhoz konkrét gyakorlati lökést adott Raffai Jenő felvetése, aki egy klinikán kezelt fiatal, betegének terápiája során arra a következtetésre jutott, hogy a súlyos pszichiátriai megbetegedések háttérében jelentős szerepet játszhatnak a prenatális életidőben átélt érzések. (Raffai, 1997; Hidas, Raffai, Vollner, 2002.)

⁷ Ez akkor is így van, ha időközben a hazai pre- és perinatális elméleti gondolkodásban ma mintha kevesebb súllyal lenne jelen a Ferenczi-hatás, ám az alapok elég szilárdak, és lehetőséget adnak a hagyomány további folytatására.

⁸ Hidas, 1997b, 5.

tudattalan tartalmak valóságos *létezők*, vagyis hogy a terápia *tényleges* összefüggéseket tár-e fel, vagy ezek pusztán a páciens (jelen esetben csupán a várandós anya) képzeletében léteznek? Lehet-e realitása annak a Ferenczi-féle elgondolásnak, hogy „a tudattalanok kommunikálnak egymással, akár a felek tudomása nélkül is”. És ismeretes, hogy éppen az ilyen felvetésekre adott eltérő hipotetikus válaszok voltak a Freud és Ferenczi közötti konfliktus igazi forrásai is.

Az anya-magzat kapcsolatanalízist, mint preventív módszert, Hidas bizonyos értelemben egyfajta komplex kísérletként is kezelte „a lélekműködési folytonosság” igazolására.⁹ Úgy is fogalmazhatunk, hogy voltaképpen legfőbb céljának azt tekintette, hogy az elvont filozófiai természetű dilemmából (amire tudjuk, hogy empirikus úton nem adható egyetlen, mindent eldöntő, végleges válasz) gyakorlati, illetve hosszabb távon tudományosan alátámasztott magyarázattal is szolgáló, megalapozott terápiás eljárást dolgozzon ki (amely során már nem-elvont, filozófiai dilemmával, hanem empirikusan eldönthető kérdésekkel találkozunk).

És ha egyetértünk Bókay Antal fent idézett meglátásával, hogy Ferenczi valójában nem a mester pszichoanalitikus alapfogalmainak elvetésével, hanem azok érvényességi határainak kiterjesztésével építkezett, akkor ugyanezt mondhatjuk Hidas útjáról is, aki pedig Ferenczi autentikus olvasatára építve folytatta a pszichoanalízis érvényességi területének további kiterjesztését az ember születés előtti, magzatkori életperiódusára.

Ilyen értelemben is igaz, hogy az anya-magzat kapcsolatanalízis gondolatának felmerülése az 1990-es években, illetve a kapcsolatanalízis módszerének kidolgozása és gyakorlati megvalósítása teljesen logikus betetőzése egy következetes életpályának.¹⁰

A kéziratokról¹¹

Az első írás 2000-ből származik: „*Életperiódusok megjelenése az anya-magzat kapcsolatanalízisben*”; az MPPOT III. kongresszusán tartott plenáris előadásának leírt szövege. A második pedig „*Imagináció, álomértelmezés, kapcsolatanalízis*” címmel 2007-ben, (emlékezetem szerint) a *Thalassa* egyik műhelybeszélgetésének meghívottjaként tartott előadása.¹² A szövegeket a szerző hivatkozásait kiegészítő jegyzetekkel ellátva közöljük.

⁹ Hidas, 1997c, 43.

¹⁰ A több évtizedes kutatás és gyakorlat elméleti összefoglalása és a kapcsolatanalízis gyakorlatának bőséges prezentációja, az immár több kiadást megért *Lelei köldöksinór* (Hidas, Raffai, Vollner, 2002) igazi sikerkönyvnek számít, itthon és külföldön egyaránt. A harmadik német kiadás után rövidesen angolul is megjelenik.

¹¹ Ezen a helyen mondunk köszönetet Hidas Gergelynek, aki az *Imágó Budapest* rendelkezésére bocsátotta édesapja hátrahagyott két kéziratban maradt írását.

¹² A kéziratokban csak néhány gépelési hibát javítottunk, illetve a kézzel írt megjegyzéseket betoldottuk, a szövegeket egységes formára hoztuk, és lábjegyzetben néhány szerkesztői kiegészítő adatot fűztünk az írásban említett személyekhez.

Felhasznált irodalom

- Bókay A.** (2000). Posztmodern pszichoanalízis – Ferenczi Sándor kései poézise és metafizikája. In: *Ferenczi Sándor (254-255)*. Vál. és s. a. r. Erős Ferenc. Budapest: Új Mandátum.
- Buda B.** (szerk.) (1971). Bevezető Ferenczi Sándor: A valóság-érzék fejlődésfokai és patológikus visszatérésük; valamint a Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között c. tanulmányaihoz. In: Buda Béla (szerk.), *A pszichoanalízis modern irányzatai*. Budapest: Gondolat.
- Harmat P.** (1994). *Freud, Ferenczi és a magyarországi pszichoanalízis. A budapesti mélylélektani iskola története, 1908–1983*. Sopron: Bethlen Gábor Könyvkiadó.
- Hidas Gy.** (1990a). Beköszöntő [a *Thalassa* első számához]. *Thalassa*, 1(1): 3-4.
- Hidas Gy.** (1990b). Ferenczi – pszichoanalízis – társadalom. *Thalassa*, 1(1): 5-12.
- Hidas Gy.** (1997a). Önarckép. *Pszichológia*, 17(1): 90-111.
- Hidas Gy.** (1997b). Bevezetés. In: Hidas György (szerk.), *A megtermékenyítéstől a társadalomig. Az ember, a kultúra és a társadalom perinatális dimenziói (5-8)*. Budapest: Dinasztia Kiadó.
- Hidas Gy.** (1997c). Ferenczi Sándor, a nemkívánt gyermek. In: Hidas György (szerk.), *A megtermékenyítéstől a társadalomig. Az ember, a kultúra és a társadalom perinatális dimenziói (43-47)*. Budapest: Dinasztia Kiadó.
- Hidas Gy.** (1998). Önarckép. In: Bodor P. – Pléh Cs. – Lányi G. (szerk.), *Önarckép háttérrel. Magyar pszichológusok önéletrajzi írásai (107-128)*. Budapest: Pólya Kiadó.
- Hidas Gy. – Raffai J. – Vollner J.** (2002). *Lelki köldökszinór. Beszélgetek a kisbabámmal*. Budapest: Válasz Könyvkiadó. (Németül: *Nabelschnur der Seele: Psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby*. Psychosozial-Verlag: Giessen, 2006. Angolul: *Prenatal Bonding Analysis: The Invisible Umbilical Cord*. Routledge: London, New York, 2023.)
- Hidas György emlékére.
http://www.mtapi.hu/thalassa/a_folyoirat/Hidas_Gyorgy_emlekere.html
- Raffai J.** (1997). *Megfogantam, tehát vagyok. Párbeszéd a babával az anyaméhben*. Budapest: Útmutató Kiadó.



Hidas György

Életperiódusok megjelenése az anya-magzat kapcsolatanalízisben¹

Pszichoanalitikus terápiaiban szerzett tapasztalataink arra engedtek minket következtetni, hogy intrauterin élmények mind verbalizálható szenzációkban, testérzetekben, mind mozgásos és poszturális megnyilvánulásokban felidézhetőek, és fel is idéződnek. Raffai Jenő² pszichoterápiás és pszichoanalitikus tapasztalatai alapján a skizofrénia genézisében intrauterin negatív hatásoknak tulajdonított nagy jelentőséget. Ezek a tapasztalatok arra indították Raffait és engem, hogy kidolgozzuk az anya-magzat kapcsolatanalízist, és azt továbbfejlesszük. Több mint három év tapasztalataiból emelem ki a következőkben a fontosabbakat. Az elmúlt időszak gyakorlata alapján úgy gondolom, hogy a kapcsolatanalízis során a következő életperiódusok jelenségei, élményei jelennek meg az anya- magzat-analitikus által létrehozott interperszonális térben:

1) Az anya saját prenatális időszakának, születésének és perinatális periódusának szenzációi és élményei.

2) Az anya anyjának várandóssága tartama alatti, elsősorban a születendő gyermekére vonatkozó érzelmei, attitűdjei és ezek hatásai és emléknymaik. Ebbe a csoportba tartozik a Raffai által megfogalmazott kategória: az anyareprezentáns is.

3) Az anya (a kismama) születendő gyermekével kapcsolatos összes érzelme, beállítódása, fantáziája, gondolata, a fogantatás előtti időszakból származóak is, beleértve az anyának a magzat apjával való kapcsolatát is.

4) A kismama teljes élményrepertoárja, magzatával való kapcsolatából, a fogamzás esetleg átélt eseményétől kezdve, a testi változások során át a születendő gyermek mozgásaival és az azokra adott anyai reakciókkal együtt. Az anya és a magzata közötti érzelmi, fantázia és gondolati kétirányú áramlás élményei a lelki köldökzsinóron át, mindez kettőjük természetesen meglévő kapcsolatából adódik, amely éppen a kapcsolatanalízisben fejleszthető tovább. Ebből a periódusból és az anya prenatális

¹ Előadás a Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság III. Országos Kongresszusán, 2000. október. A jegyzetek a szerkesztőktől származnak.

² Raffai Jenő (1954–2015) pszichoanalitikus, Hidas György tanítványa, együtt alapították meg 1996-ban a Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaságot, és dolgozták ki az anya-magzat kapcsolatanalízis módszerét. Könyvük: Hidas György, Raffai Jenő, Vollner Judit: *Lelki köldökzsinór. Beszélgetek a kismamámmal*. Budapest: Válasz Kiadó, 2002.

sajátélményeiből származnak az anyai test térbeli mozgásainak hatásai (Szabó Enikő) és azok esetleg megjelenő emlékei.

5) Jövőképek az anya és születendő gyermeke életéből, a várandósság további menete (például a magzat pozíciója az anya méhében), a születés eseményeinek elővételezése, a születés utáni helyzetek, beleértve a gyermek számára új fizikai és testi változásokat, a levegő mint új közeg, a nehézségi erő más hatása, az új hőmérséklet, az anyai test kívülről való érzékelése stb. Ide tartoznak az újszülött- és csecsemőkor eseményei és a leendő környezet, beleértve a családot is.

A tudattalan a test felé nyitott; ezen az úton jelennek meg a testi eseményeink, testérzeteink pszichikumunk színpadán, álmainkban, fantáziáinkban, gondolatvilágunkban. Feltevésünk szerint a magzat pszichéje topológiai szempontból (tudat, tudatelőtt, tudattalan) még differenciátlan, szinte teljesen tudattalan rendszernek tekinthető, és ennek következtében van szinte túlérzékeny és hosszútávú hatásokat megőrző kapcsolatban az anyai biológiai és pszichológiai környezettel. Ferenczi Sándor 1929-es írása, „A nem kívánt gyermek és halálösztone”³ óta tudhatjuk, és az azóta végezett számos empirikus vizsgálat igazolta is azokat a hipotéziseket, hogy a születendő gyermekre nagy erővel hatnak az anya érzelmei, attitűdjei, életeseményei, és ezek következményei hosszú időn át mutathatók ki. Az Egyesült Államokból közölt statisztikai metavizsgálatokból tudjuk, hogy az intelligencia foka nagyobb mértékben az intrauterin környezet függvénye, és kevésbé a gének által meghatározott.

A kapcsolat-analízis terét áttételi és viszontáttételi érzelmi komplexumok is áthatják, ezért van az, hogy sok kismama enélkül az erősítő nélkül nem tud egyedül relaxálni és kapcsolatot létesíteni magzatával. Egyes kismamák ezt úgy fogalmazzák meg, hogy az analitikusnak mediátor szerepe van közte és születendő gyermeke között, mások metaforája szerint a dolgozószobában, ahol a kapcsolat-analízisek történnek, a kapcsolatot elősegítő, a magzatokból származó energiák megmaradnak és keringenek.

A kapcsolatanalízis relaxációban történik. Az asszonyok többsége, akár tanult már előzőleg relaxálni valamilyen keretben, akár nem, képes ellazítani, elengedni testét, lelkét és agyát, azonban ahhoz, hogy a megváltozott tudatállapotában átélje és verbalizálni tudja a különböző életperiódusaiból származó emlékeit, élményeit, egyfajta adottság, szinte egyfajta *tehetség* szükséges, amely egyedileg különböző. Hadd emlékeztessenek itt a pszichoanalízis történetének híres első páciensére, Anna O.-ra (valódi nevén Bertha Pappenheimre), aki Freud kollégája, Josef Breuer számára megmutatta az utat a tudattalanban megőrződött emlékek felidézhetősége felé. Freud úgy gondolta, hogy a páciensnek különleges tehetsége volt saját tudattalan világa érzékelésére, és ez tette lehetővé Freud számára, Breuer beszámolójából, mint megfigyelő harmadiknak, a pszichoanalízis felfedezését. A kismamák is különböző mértékben képesek kapcsolatba lépni saját tudattalanjukkal, és ezáltal a lelki köldökzsinóron át (Fodor Nándor⁴ magyar

³ Ferenczi Sándor: A nemkívánt gyermek és halálösztone. Ford. Pándy Gabi és Hárs György Péter. *Ferenczi Sándor* (121-124). Vál. és s. a. r.: Erős Ferenc. Budapest: Új Mandátum, 2000.

⁴ Fodor Nándor (1895, Beregszász – 1964, New York), jogász, újságíró, pszichoanalitikus, parajelenség-kutató. Perinatális pszichológiával foglalkozó munkája: *The Search for the Beloved: A Clinical Investigation of the Trauma of Birth and Pre-Natal Conditioning*. New York: Hermitage Press, 1949.

származású amerikai pszichoanalitikus kifejezése) magzatukkal.⁵ Van kismama, aki fel tudja idézni saját születését, amely császármetszéssel történt; másik asszony számára a benne élő ellenséges anya akadályozza, hogy felvegye a kapcsolatot magzatával, miután már bejutott relaxációval a méhébe. Mások számára a létrejött kapcsolat eseménytelen, nem dramatikus, egyfajta csendes, szinte mozdulatlan boldog együttlétben vannak a relaxáció idején magzatukkal, és nagyon elégedettek a megváltozott tudatállapotból történő kiszilipelés után.

A kapcsolatanalízis élményeivel szemben a kismamákban sokszor kétely jelentkezik, azt mondják, hogy az élmények, a magzat felől érkező gondolatok „csak fantáziák”. Az élmények, az üzenetek színhelye valóban az a lelki struktúra, amelyet Bertram D. Lewin⁶ *dream-screen*-nek, álom-képernyőnek nevezett, az a felület, amelyre az álmok és a fantáziák vetítődnek. A felület azonos a két jelenség számára, azonban az eredet más, bár mindkettő a tudattalan rendszer felől érkezik.

Figyelemre méltóak azok a szenzációk, amelyeket a kismamák egy része átél, miközben megváltozott tudatállapotba kerül, és mély, gyerekkori, illetve prenatális lelki rétegeket ér el. Feltevésem szerint ez a két regresszív mozzanat, a tudattalan megközelítése és a korai időrétegek elérése prenatális vesztibuláris élményeket is felidéz, illetve mozgósít.

Kismamák vesztibuláris élményei egybevágóan Paul Schilder⁷ tapasztalataival (Schilder, 1933, köszönöm Szabó Enikőnek, hogy felhívta figyelmemet erre a cikkre⁸). Schilder szerint a Ferenczi által észlelt analitikus óra végi, az analizált által átélt szédülés oka is az egyes idő-rétegekből történő átváltások következménye. A megváltozott tudatállapot pedig könnyebben elérhetővé teszi a kapcsolatot saját testével, a méhével és a születendő gyermekkel. A vesztibuláris élmények egyfajta mutatói is a tudati, illetve idői regresszióknak. Ide sorolhatók a test síkjának lejtés élményei különböző irányokba, forgás élmények, a test súlyának megváltozásai.

Az egyik várandós asszonynak az az élménye relaxációban, hogy nyaka, karja szét akar csúszni a testétől, egy másik asszonyé az, hogy alsó végtagjai külön és távol vannak tőle, ezek is a vesztibuláris rendszerből származó élmények, hasonlóan a lebegés élményéhez. Utóbbi lehet azonosulás fantáziában a magzattal, vesztibuláris élmény vagy prenatális emlék. Az egyes jelenségek meghatározottsága különböző, de némelyik túldeterminált is lehet.

A kapcsolatanalízis során lehetőség van arra, hogy a várandós asszony testéreteti segítségével, egyfajta meditatív átéléssel elérjen, bejusson a méhébe, és ott felvegye a kapcsolatot gyermekével. Több esetben elmélyült relaxáció ellenére sem sikerült a kismamának egy ideig a babát elérni, bár bejutott a méhébe. Két ízben fekete árnyékot

⁵ Kézrel írt lapszéli töredékes megjegyzés: imaginált képek, determinálói a tudattalanul a magzat felől jövő stimulusok.

⁶ Bertram David Lewin (1896–1971) vezető amerikai pszichoanalitikusként egyrészt akut klinikai eseteket kezelt, másrészt hozzájárult az elmélethez, különösen a lelkesedés és az álomképernyő tanulmányozásához.

⁷ Paul Ferdinand Schilder (1886–1940) osztrák pszichiáter, pszichoanalitikus, Freud tanítványa. Kutatóként jelentős szerepet játszott a pszichoanalízis pszichiátriában való alkalmazásának bevezetésében. Az énpeszichológia ősatyjának, a csoportanalízis egyik alapítójának tekintik.

⁸ Feltehetőleg erről a cikkről van szó: Paul Schilder: The vestibular apparatus in neurosis and psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1933, 78(2): 137-164.

látott elterülni önmaga és a magzat között. A kismama szabad asszociációi segítségével megtudtuk, hogy mindkét asszony anyja a várandósága idején állapota következtében sokat kínlódott, az egyik nagyfokban meg is hízott. Születendő gyermekük iránt negatív érzelmeik voltak, a gyereket tették felelőssé rossz közérzetükért, testük előnytelennek tartott változásaiért. Az árnyék mibenlétének tisztázása után – az anya árnyéka vetült kettőjük közé – szabadabbá vált a kommunikáció útja a kismama és a magzata között. Egy másik esetben egy fekete foltot érzékelt a kismama a méhe helyén, később úgy érezte, mintha üvegfal lenne közte és a baba között. Élettörténete alapján fel lehetett tételezni, hogy saját, gyermekével szembeni lelkiismeretfurdalása okozhatta az akadályt. Eleinte nem kívánta a gyereket, és csak a házasságkötés kikényszerítésére használta, hosszabb ideig önmagának sem bevallva. Ezeknek az eseteknek, akár a prenatális periódusból származnak, akár a fogamzást követő időből, közös nevezője a nem-kívánt-gyermek szindróma. Ennek eklatáns illusztrációja Feldmár András, Kanadában élő pszichiáter megfigyelése, aki ismételten szuicidiumot megkísérelt fiatal felnőttek cselekedetének időpontját megegyezőnek találta anyjuk velük kapcsolatos abortuszkísérletének időpontjával. A fiatalok csak az anyjukkal való konfrontációkor tudták meg az abortuszkísérletet.

A prenatális időszakból származik egy asszony akusztikus pseudo-hallucinációja (tudta, hogy nem a külső valóságból jönnek az érzékletes hangok) a kapcsolatanalíziskor. Relaxációban edény és evőeszköz csörömpölést és egy csapóajtó becsapódását hallotta. Kiderült, hogy anyja várandósága idején gyakran mosogatott valóban hangos csörömpöléssel, és a helyiségben volt egy csapóajtó is. Az asszony későbbi zajérzékenységét ezekre az intrauterin élményekre vezettük vissza.

A kapcsolatanalízis egyik feladata az is, hogy megszabadítsa a várandós asszonyt nemcsak saját negatív érzelmeitől, hanem anyja és esetleg korábbi generációk továbbadott negatív élményeinek hatásától is. A kapcsolatanalízis másik feladata megoldani a kismama születendő gyerekével kapcsolatos problémáit, a gyermek elutasításának vagy nemkívánt voltának lelkiismereti furdalásait.

Gyakori gond egy első terhességnél, hogy az asszony lélekben még gyermeknek érzi magát, nem éli át, hogy már kész lenne az anyaságra. „Szörnyen hangzik” – mondja egy kismama – „mintha én is gyerek lennék, ezért nem tudok anyai érzelmeket küldeni feléje.” A kismama számára gyakori jelen idejű élmény a szerepcsere születendő gyermekével. „Mintha ő lenne az anya, és én lennék a gyereke. Mintha ő lenne a bölcsőbb, a harmonikusabb, és ő tudná, hogy mi a jó.” Érthető is ez a felcserélés, hiszen régóta ismeretes, hogy a várandósság idején reaktiválódik az asszony saját prenatális időszakának élményvilága, és megjelenhetnek kozmikus életérzések is. Az előbb idézett kismama mondta relaxáció közben: „Lehet, hogy így, valahol mindig ezt a nyugalmat kerestem, olyan időtlen. Van benne valami bizonyosság. Mintha velem lenne az Isten, nincs bennem semmiféle félelem. Totális nyugalom és bizalom [van bennem], annak az érzése, hogy nem történhet semmi baj.”

Kismamák sokszor átélik, hogy magzatuk bölcs, erős, és nyugodtan bízhatnak benne. Mindent tud, amit tudnia kell. Eszembe jut Ferenczi Sándor álma a bölcs csecsemőről, aki az esendő, néha pszichotikus szülőt gondozza, orvosolja, és jótanácsokat ad neki. Ferenczi szerint a bölcs csecsemőt csak egy bölcs csecsemő írhatta le, ez a gondolat is sugallja a

szülő-gyermek lelki kontinuitást, az átfolyást a kismama felelevenedett prenatális én-állapotaitól az aktuális felnőttig, és a születendő gyermekig.

A jövőképek előkészítik a szülést-születést, a világra-jövés esetleg traumatikus élményét. Az anya belső beszéddel, a magzata felé küldött képekkel közli, hogy mi minden fog történni a vajúdáskor, a szüléskor, hogyan halad majd át a gyermek a szülőcsatornán, hogyan működhetnek majd együtt anya és gyermek ebben a folyamatban. Figyelemre méltó, hogy amikor ezekről van szó, némelyik gyerek azt az üzenetet küldi aggódó anyjának, ne féljen, rendben mennek majd a dolgok. Az anya relaxációban belső beszéddel elmondja, hogy majd levegőt fog belélegezni születés után, hidegebb lesz, súlyosabbnak fogja érezni magát, az anya testét majd másképpen fogja kívülről érzékelni, anyja mellbimbóját szophatja majd. Beszélhet a környezetről, ahol szeretettel várják, az apáról, a testvéréről, akikkel most már közvetlenül találkozik és a tárgyi környezetről.

A kapcsolatanalízis sokdimenziós kommunikációs folyamat, amelyben a múlt, a jelen és a jövő periódusai is megjelenhetnek, amelyben korrekciók történhetnek, és megerősödik az elsőrendű érzelmi kötődés az anya és születendő gyermeke között. Mindez fejleszti a gyermek testi, érzelmi és kognitív képességeit, és javítja a szülés-születés zavartalan lefolyásának esélyeit.



Hidas György

Imagináció, álomértelmezés, kapcsolatanalízis¹

Előadásomban a kapcsolatanalízis két összetevőjével kívánok foglalkozni: az imaginációval és a várandósok egyes álmaival, és azok értelmezésével.

Előljáróban részletet ismertetek egy asszony 13. kapcsolatanalitikus üléséből.

Az asszony gyermeke 33. g[esztációs] hetes. A gyermeket kívánták, fiú. A szülészeti vizsgálatok mindent rendben találnak. Mára virradóra az asszony álmában is várandós volt. Relaxált állapotban arról számol be: „piros színeket látok ... mintha érezném a (baba) puha bőrét, selymes ... ilyenkor találkozunk, és nézzük egymást ... milyenek vagyunk, ő is engem, én is őt ... örömteli érzés ez, szokatlan, érzem, hogy önálló ... szeretem, amikor a hátát simogatom a mentális kezemmel ... bent lennénk a hasamban ... és bent nyújtózkodna ... láttam a méhemet és a fiamat, a méhlepény előre felé és feljebb megy ... ringatom a fiamat, rúg egyet ... most nyugodtan fekszik ... látom, hogy úszkál. Simogatom a fiamat, vele együtt úszkálók ... nagyon jó érzés ... kék színben vagyunk ... finom mocorgás, dajkálom, pusztít adok neki.” (Mondom neki: küldjön szeretetet a fiának és a méhének, és köszönjenek el mára.) Ő: most rúgott egyet, elbúcsúzott.

A relaxált állapotot bevezető mondatokban szerepelt az a javaslat, hogy fogadjon minden beáramló belső képet és fantáziát, keresse meg mentálisan, a lelkével a méhét, szólítsa meg, mint egy személyt, kérje, engedje be gyermekéhez, simogassa meg a belső mentális kezével, és fogadjon minden képet, üzenetet, amit a gyermeke küld. A relaxáló szövegben hívóképek – méh, gyermek – szerepelnek, felszólítások mentális síkon történő mozdulatokra, és képek, érzékelések átélésére.

A várandós anyák egyik alapvető és gyakori kérdése: élményük nem csupán képzeletük játéka-e? Valóban kapcsolatosak-e születendő gyermekükkel, méhükkel?

Az én kérdésem is az, milyen kapcsolat van az anya imaginációja és a születendő gyermeke közt?

Ferenczi Sándor pszichoanalitikus a múlt század elején a „tudattalanok dialógusáról” írt klinikai megfigyelései alapján, eszerint két ember tudattalanja egymást teljesen megérti és megérteti, akár ennek tudatosulása nélkül is. (*Bausteine*, II. 227-232.) Prenatális témával foglalkozó kongresszusokon olyan feltevésekkel találkoztam, hogy az anya és

¹ Előadás, 2007. február. A jegyzetek (ahol másképp nem jelezzük) a szerkesztőktől származnak.

magzata között telepitikus kapcsolat van, mások szerint a kapcsolat kvantumfizikai folyamatokkal magyarázható. Mai magyar szerző (Bányai Éva) írja, hogy a várandós asszony fokozott hipnabilitása játszik szerepet anya és magzata kapcsolatában. Az anyáról születendő gyermekére történő információáramlás idegtudományi magyarázatát nem érintem. Az „ugrás a pszichésből a testbe” még ma sem megfejtett.

Az anya és magzatának kapcsolatát azok a megfigyelések is mutatják, amelyekben ultrahangvizsgálat közben az anya valamilyen mozgásra kéri gyermekét. Frappáns élményről számol be az az anya, akinek gyermekénél szájpadahasadékot találtak. A szonográfus szerette volna, hogy a magzat nyissa ki a száját. Az anya belső beszéddel arra kérte gyermekét, nyissa ki a száját, megtette, és kérésre ismételten kinyitotta a száját. Anyák több esetben beszámolnak hasonló tapasztalataikról, kérve, mutatná meg az arcát vagy a nemét. Természetesen ellenőrzött és felvételekkel igazolt események lehetnének bizonyítók.

Az anya *reverie*-je szubliminális, tudatelőttés folyamat, amely reflektálva tudatossá válhat. A *reverie* éber álm, álmodozás, Bion² egyik fontos fogalma, ezek tudatelőttés vagy tudatos fantáziák. Bion szerint arra szolgál, hogy a „jó anya” hordozza (*holding*) a baba nem gondolható gondolatait, megeméssze őket mentálisan, és az így meglágyított érzelmeket biztonságosan közölje a babával. A várandós anya tartalmazóként (*container*) funkcionál gyermeke számára. Az anya fenyegetve érezheti magát a magzat által, és a baba is fenyegetettnek érezheti magát az anya által. Mindez gátolhatja, hogy egymással kapcsolatba léphessenek. Bion szerint akkor beszélhetünk *reverie*-ről, ha azt szeretet vagy gyűlölet hatja át.

A kapcsolatanalízis mentális állapota hasonló a *reverie*-hez. Egy várandós asszony több sikertelen, öt frusztráló ülés után mondta: „nem tudok a gyerekekkel kontaktust találni, mint ahogy szeretetet se tudok neki küldeni”. A *reverie* állapotában az anya nyitott arra, hogy minden, a magzattól érkező tartalmat fogadjon, akár jónak, akár rossznak érzi azokat. A várandós asszonyok tudattalan alakzatait nagyrészt érzelmeik határozzák meg, néhányan úgy védekeznek gyermekükkel kapcsolatos ambivalenciájuk ellen, hogy az anya-baba fúziót idealizálják. Felruházzák a babát fantáziált bébi-szelfjük szeretnivaló aspektusaival, és/vagy csodálják a magzatukat és annak szimbiotikus összeolvadását fantáziájukban egy jóindulatú anyával.³ Mindig szem előtt tartandó, hogy az anya és születendő gyermeke kapcsolatában fontos az anya és annak anyjához való kapcsolata. Raffai fogalmával ez az anyareprezentáns, továbbá az anya bébi-szelfje. Az a mód, ahogy egy asszony önmagát és baba imaginált milyenségét látja, ez jelentősen befolyásolja kettőjük születés utáni interakcióját is. Ezért is fontos, hogy az anya kapcsolata születendő gyermekével harmonikusabb legyen, és az anya ne érezze magát általában fenyegetettnek.

Egy asszony a 14. gesztációs hétben van. Nem ismeri a gyermek nemét, érzése szerint fiú, két lánya van. „Bejutottam a méhembe – mondja –, a baba megmerevedett. A férjemmel való viszonyom hatása lehet ez a babára. Figyelt (a baba). A problémát is érzem magamban, mint görcsöt. Férjemmel mint férfival van problémám, a baba, aki fiú, azonosul ezzel a férfiassággal. ... szeretném megoldani a problémámat ... fontos, hogy a baba jól érezze magát a méhemben, mintha tágulna a méhem.” A megbeszélésben: „Jó is volt, végig érzékeltem őt, néha megjelenik kisfiú formában – nem jó, mert én kreálok a problémát.”

² Wilfred Bion: *Learning from Experience*. New York: Basic Books.

³ Joan Raphael-Leff: *Pregnancy: The Inside Story*. London: Sheldon Press, 1993, 52. (A szerző jegyzete.)

Az anya imaginációja a baba védőhálója.

Jung szerint az imagináció belső képek aktív előhívása. „Tudjuk – írja –, hogy minden jó gondolat és minden alkotás az imaginációból származik, és eredetét a gyermeki fantáziában látjuk. Nemcsak a művész, de minden alkotó ember a fantáziának köszönheti alkotásait. A fantázia dinamikus elve a játékosság.”⁴

Susanne Langer⁵ úgy véli: „Az imagináció kialakulásának oka az evolúció során a védekezés lehetett. Védekezés az idegi stimuláció erőteljes növekedésével szemben. A stimuláció elárasztással fenyegette a szervezetet.”⁶

Az impulzusok elhárított viselkedésbeni levezetését egy kép létrehozása a vizuális rendszerben pótolta. Az érzékleti képek érzelmekkel való társulása lehet felelős az emberi imagináció egyedülálló hatékonyságáért.⁷

Az imagináció fejlődésében az utolsó tényező lehetett a váltás az akaratlanról az akaratlagos kontrollra. „Az emberlét eonjain⁸ keresztül az imagináció valószínűleg akaratlan volt, úgy, ahogy az álmodás ma is az.”⁹ Végül kibontakozott a képi alkotás hatalma. Ahhoz, hogy az imaginációt idegtudományi szinten megérthessük, meg kellene értenünk a szubjektív élményt is.¹⁰

Figyelemre méltó, hogy a kapcsolatanalitikus ülések relaxált állapotában az anyák megélik születendő gyermekük reakcióit gondolataikra, érzelmekre, mentális akcióikra is. Így magzatmozgásokat, a magzatnak tulajdonított érzelmeket, örömet, félelmet, sértődöttséget, gondolatokat, melegségérzetet saját testükben, képeket, kinezteziás élményeket. Németországi kapcsolatanalitikus ülésekről szóló beszámolókból hasonló magzati reakciókról hallottam nemrég. (Balázs Borbála)¹¹

Langer szerint az emberi gondolkodásban az imagináció valódi szerepe az, hogy megengedi a nem-cselekvést, és lehetővé teszi a jelentést (meaning) és az emberi expressziót.¹²

Freud úgy vélte az álm a királyi út a tudattalanhoz. Az út egyrészt az álmodó álmához társuló asszociációkon, másrészt szimbólumok megértésén alapszik. Az álmok tudattalan vágyakat teljesítenek képi világukkal, jeleneikkel, eközben védik alvásunkat. A tudattalan vágyakat a belső kontroll (cenzor) átalakítja elfogadható formákba az eltolás és sűrítés mechanizmusával. Álmaink önmagunk felé is kommunikálnak és dramatizálnak belső reprezentációkat és gondolatokat. Az álm egy másik személynek is üzenhet, és az álmodó neki fogja elmondani álmát.

Egy férj álma, amelyet várandós feleségének mondott el: 30. g. hét, lány (kívánt, nem tervezett): „Kislányunk vízbe süllyedt”, ő – az apa – utánanyúlt, lánya megfogta apja

⁴ C. G. Jung: *Psychologische Typen*, Zurich: Rascher Verlag, 1946, 90. (A szerző jegyzete.)

⁵ Susanne K. Langer (1895–1985) a szűk szakmán kívül is jelentős hatású amerikai filozófus. Legismertebb munkái: *Philosophy in a New Key. A Study in the Symbolism of Reason, Rite, and Art*. Cambridge, MA.: Harvard UP, 1942; *Mind: An Essay on Human Feeling*. Baltimore: Johns Hopkins UP, 1967.

⁶ Langer, 1967, idézi Margaret M. Browning: Neuroscience and imagination: The relevance of Susanne Langer's work to psychoanalytic theory. *The Psychoanalytic Quarterly*, 2006, 75(4): 1145. (A szerző jegyzete.)

⁷ Browning, uo.

⁸ Az *eon* megnevezés a görög *aion* szóból származik. Jelentése „kor” vagy „életerő”.

⁹ Langer, 1967, idézi Browning, 2006, 1145.

¹⁰ Browning, 2006, 1146.

¹¹ Dr. Balázs Borbála Münchenben élő pszichoterapeuta, kapcsolatanalitikus, prenatális pszichológus.

¹² Browning, i. m., 1157.

kezét és ő – az álmodó – kihúzta.

Freud *Álomfejtés* könyve alapján ez egy születésről szóló álm. Apás szülés lesz, a férj álmában szolidáris feleségével, és egyfajta couvade-ot álmodik¹³, elismeri apaságát, és szimbolikusan kifejezi a gyerek melletti elkötelezettségét. Egyidejűleg azonosul is álmában mind az asszonnal, mind a gyerekekkel.

Álmainkban félelmeinket és konfliktusainkat álcázott alakjukban, tudattalanul át is dolgozhatjuk, megoldhatjuk. Megoldatlan félelmeink jelentkezhetnek visszatérő álmokban. Ha követjük asszociációs láncolatainkat az álomelemekhez, rekonstruálhatjuk az eredeti álmogondolatokat. Traumatikus eseményeket dolgozhatnak fel.¹⁴

A várandósság idején az álmok gazdagabbak, élénkebbek és sokszor nagyon valószerűek. Ezek az álmok sajátos világot, fantáziákat, félelmeket, a belső és külső erőforrások elégtelensége miatti aggodalmakat tükröznek, sokszor halállal kapcsolatosak.

Freud és Jung úgy gondolta, néhány ismétlődő szimbólum jelenik meg az álmokban, a mítoszokban, a folklórban és az ábrázoló művészetekben, kultúrákon és generációkon át. Ösfantáziák és archetípusok. Ajtók, kapuk testnyílásokat, vaginát; edények, üstök, kelyhek az anyaméhet jelenthetik; a víz gyakran társul születéssel vagy szexuális aktussal, az alvás a halált reprezentálhatja.

Raphael-Leff¹⁵ angol pszichoanalitikus úgy tudja, különböző kultúrák várandós asszonyainak álmai közös elsődleges élményeket jelenítenek meg. Néhány lényeges élményt fejeznek ki a termékeny és megváltozó testükkel kapcsolatban, szüléssel, anyasággal és az anyai szerepre való felkészüléssel összefüggésben; erőteljes szeretet és gyűlölet tükröződhet az álmaikban és halálfélelmek.

Emellett az álmok egyéni alkotások is.

Számomra bevilágítóak azok az álmok, amelyekben várandós asszonyok gyermekük gondozásával kapcsolatos félelmei jelennek meg, és azok, amelyek új, bontakozó felelősségérzésüket tükrözik. Számomra ezek tipikus várandóssági álmok.

27. g. héten. Ez a gyerek kívánt, nem tervezett. Az anya álma: gyerekeit dédnagyanyjánál hagyja egy időre, elmegy, és akkor eszébe jut, már nem bízhat meg a dédi szellemi képességeiben, és visszaroohan gyermekéért. A dédi valóban hanyatlik szellemileg. Szerintem – és ő is egyetért velem – az anyai felelősségérzése alakul, ezt tükrözi az álm.

27. g. héten. Álma: gyereke megszületett, félre akarta tenni, vissza a hasába, egy pillanatban úgy érezte, megfeledkezett gyerekeről, néhány órára nem foglalkozott vele. Kudarcérzése van. Álma azt üzeni – véljük közösen –: készülj fel a felelősségre.

Két másik álmában kígyót szoptat. Hozzáfűzi: haragszik gyermekére, mert

¹³ Couvade: Edward Burnett Tylor (1832–1917) brit antropológus terminusa arra a megfigyelhető rituáléra, amelyet számos kultúrában a leendő apák az anya terhessége idején alkalmaznak.

Couvade-szindróma: a perinatális szemléletű szakirodalomban egyre inkább a figyelem középpontjába kerül ez az antropológiából kölcsönzött kifejezés, mely a várandós anyához közel álló személyekre, különösen az apára jellemző pszichoszomatikus tünetcsoportot jelöl, amelyben az adott személy a terheshez hasonló tüneteket produkál.

¹⁴ Kézzel írt beszűrés.

¹⁵ Joan Raphael-Leff: *Pregnancy: The Inside Story*. London: Sheldon Press, 1993. Magyar kiadás: *Másállapot. A várandósság pszichológiája*. Ford. Horváth Krisztina. Budapest: Háttér Kiadó, 2010.

farfekvéses. Önmagától kérdezi: „ne is járjak felkészítőre?” Az álmok néha a várandós anyjához vezetnek vissza, vagy a saját gyerekkorát idézik.

25. g. hét. Első terhesség, kívánt, nem tervezett. Az anya az első interjúban elmondja: húszéves korában két pici gyerekkel álmodott: borítékba rakta őket, és valahová elkeveredtek. Általános iskolás korában tudta meg, hogy anyja ő előtte egy ikerpárt szült, akik rövidesen meghaltak.

17. g. hétben van gyermeke, aki kívánt, tervezett. Álma: hátizsákjában árnyékolatlan plutónium van, erre felébredt. Asszociációja: sokszor gondol meg nem született gyerekére, ez mai napig fájdalmas és megrázó számára. Egy időben „rémálmai” voltak, kígyókkal álmodott ismételten. Asszociációi az ülésen: óvodás korában, a homokozóban kígyó volt mellette, anyja erre felsikoltott. Erre a jelenetre nem emlékezett, anyja mesélte el neki. A kígyó ártalmatlan sikló volt.

Egy várandós asszony álma: gyereke eltűnt, nem találja. Két nap múlva kopogtatnak az ajtón, két kislány mosolyogva hozza az eltűnt gyerekét. Ez volt az első olyan álom, amely az anyai felelősségérzet kibontakozását mutatta számomra.



„Itt a két kezem és a szívem.”

Székely Zsófia: *Egymás-állapot: Szülésznők – bábák – dülák tapasztalatai a segítő kapcsolatról*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó, 2022. 176 oldal.

A könyvnek a „*Szülés körüli segítő kapcsolatok pszichoanalitikus-fenomenológiai megközelítése*” címet is adhatnánk, azonban az elméleti megfontolásokat meghaladó, az alkalmazás irányába mutató kritikai pszichológiai, pszichoanalitikus, akadémiai feminizmus nézőpontjait sűrítő „*Egymás-állapot*” nyelvújító kifejezésnek a témában való elmélyülés során újabb és újabb értelmezést adhat az olvasó. Az axiómaszerű – a könyv szemléletét határozottan lefektető, megkérdőjelezésre nem szánt – mondatok, mint „*a szülés és vajúdás [...] egymástól elválaszthatatlan*” (12. old.), „*anya és magzat/újszülött élménye nem választható el egymástól*” (18. old.), a posztmodern szüléskultúra szerint „*az ember és természet kapcsolatát kölcsönös egymásrautaltság jellemzi*” (32. old.), a segítő-szülönő kapcsolatában „*nagy hangsúlyt kap az egymásra hangolódás és az intuíció*” (57. old.), „*a segítő kapcsolat minősége és folytonossága [...] személyhez kötött*” (55. old.) mind ennek a kapcsolati szempontból definiált, az összefonódás és autonómia kettősségét magában hordozó állapotnak a tágabb és szűkebb értelmezései.

Egy örök, archaikus és állhatatosságot kívánó témáról tudományosan értekezni és mindezt az érdeklődő laikus számára is átélhetővé, gondolatébresztővé tenni nagy kihívás. Erre vállalkozott Székely Zsófia úttörő műve, mely a társadalmi és egészségügyi rendszerben zajló folyamatokat tekintve nagy aktualitásnak örvend. 2018-ban írt doktori disszertációjának kutatása jelent meg szakkönyv formájában bensőségességet és komolyságot sugárzó borításban. Ahogy kezembe vettem, éreztem, hogy súlyos mondatokat fogok olvasni, melyek hétköznapjaimban is lekötik majd gondolkodásom. A könyvben az otthoni és kórházi szülés körüli munkát ellátó szülésznők, bábák és dülák elbeszélései szerepelnek, amelyek személyes hangvétellük, a kutatás keretein túl mindenkihez szólnak. A megszületéshez szükséges remény és reménytelenség, kétségbeesés és hit, gyengeség és belső erő váltakozásához hasonló hullámokon kíséri végig az olvasót a könyv, hol provokációt, hol együttérzést, hol büntudatot keltve. Dülák, bábák, szülésznők cenzúrázatlan beszámolóit olvasása közben a bántalmazásokat kísérő közvetítő „láncolat” tagjai, néma tanúk, elhalkult harcosok szerepét átélve kerülhetünk közelebb a témához. A nyitó kérdések (pl. „*Hogy is van az, hogy akit senki nem kíséri el a kórházba, az egyedül szül, pedig van szülésznő*”

és orvos is körülötte?”) olvasása közben saját élményeinken keresztül automatikus ítéletünk, véleményünk kerülhet felszínre. A mű gondolkodásra hívja az olvasót, és a véleményformálás felelősségét adja kezünkbe.

A mahleri értelemben vett szimbiózis-differenciáció (Mahler, 1972) határhelyzetét szimbolizáló szülés/vajúdás állapotának intrapszichés, társadalmi és intézményes szinterei, úgy tűnik, számos ellentmondásnak ágyaznak meg. Intrapszichés szintérenként a bábák szakmai identitását alapjaiban meghatározó attitűd a szülönő bátorítása, teherbírásának próbára tétele, ugyanakkor határainak finom monitorozása. Ugyanezen konfliktus ölt testet a kórházi osztályon egy orvos-bába párbeszédben: „*És képzeld el, hogy ezek után utánam ugrott [orvos]... és... mint egy ilyen állat, nem tudom jobban kifejezni, és megragadott, a két karomnál fogva megrázott, és a falhoz csapott. Képzeld el. ... Üvöltött, én meg sírtam. Nagyon megijedtem. És azt kiabáltam, hogy engedjen el most rögtön. És aztán... valószínűleg észrevette, hogy mit csinált ott, tehát volt ott a háttérben egy szülésznő, az én kolleganőm, egy rezidens. És amikor így rájött, hogy nem lehet jól kijönni egy ilyen helyzetből, akkor meg elkezdett ölelgetni, hogy jól van kislány, ne sírjon, nincsen semmi baj.*” (Egy bába beszámolója, 25-26. old.) A különböző megközelítéseket tekintve „*a medikális szemlélet és protokolláris ellátás a legtöbb esetben nem összeegyeztethető a holisztikus szemléletű, személyre szabott ellátással*” (128. old.).

Székely Zsófia kutatásának központi kérdése, hogyan élnek meg a női minőségben jelen lévő dülák, bábák és szülésznők a szülés körüli kísérést a kórházi totalitárius intézményekben vezetett szülések dominanciájának korában. A könyv olvasása alatt gyakran volt az az érzésem, hogy a kórházi dolgozókat felmenteném, az orvosokat megvédeném, megszólaltatnám, hogy kialakuljon egy párbeszéd, ahol mindkét oldal beszélhet – nem (csupán) arról, mi a megfelelő ellátás, hanem hogy hogyan érzi magát a másodlagos traumatizációval járó helyzetekben. Amikor ott kell hagynia egy vajúdo anyát egy sürgősebb esetért; amikor a koraszülött osztályon dolgozók hetente találkoznak a halállal; amikor a szülésznő nem várhatja ki az anya ritmusát, mert muszáj hat szülőszobából egyet szabadon hagyni. A két oldal, két szemlélet szétválasztása megküzdési módként vagy éretlen elhárítómechanizmusként, disszociációként is értelmezhető, mely a hatalmi struktúra kiváltotta élményekre adott válasz. A bábapraxisok az „egészséges személyiségrészt” leválasztott burkában működnek, ahol az érzelmi támogatás, a női princípium érvényesítése alapvetés. Feltehetően katalizátorként is szolgálnak a szemlélet erősödése szempontjából. Ahogyan egy bába beszámolójában kiemeli, a kórházi dolgozóknak több akadállyal kell szembenézniük, ha holisztikus ellátást szeretnének megvalósítani, az otthoni szülés pedig egy „*kegyelmi helyzet*” (137. old.). A bábapraxisok katalizálják a holisztikus szemlélet alkalmazását, azonban ehhez – egyelőre – úgy tűnik, az elhatárolódás szükséges.

A kórházakban a holisztikus szemlélet megvalósításának számos akadálya van: a kutatás szerint többek között a patriarchális értékekkel azonosuló szakemberek láthatatlan érvénytelenítő megnyilvánulásai, degradáló kommunikációja, az emberi jogok feláldozása. A mű rendszerszintű problémaként keretezi, és hosszú távú gyakorlati megoldásokat kínál a fenti nehézségekre: a szakemberek holisztikus szemléletben való képzése, a mentalizáció fejlesztése. Mindazonáltal napjainkban

intra- és interperszonális szinteken játszódna a szóban forgó szüléstörténetek. Dolgozóként feltehetjük a kérdést, tulajdonképpen milyen érzelmet kerülünk el a kórházi osztályon az áldozathibáztatás, tagadás, deperszonalizáció által? Egyrészt a halálfélelmet és a kiszolgáltatottságot, hogy nincsen hatásunk mindenre, rábizzuk az irányítást egy kontrollvesztett állapotban lévő személyre (itt: anyára). Másrészt a szégyent és büntudatot, melyet bántalmazóként, bántalmazottként vagy szemtanúként átélhetünk. Harmadrészt talán a rendszer működésére adott válaszként a reménytelenség és a tehetetlenség érzését. A mű feladatként delegálja a szülésben az élet-halál kettőségének tudatosítását. A dolgozók élményeinek verbalizációja még nem biztosított, ezáltal az (indulat)áttétel és viszontáttétel megdolgozására nem adódik lehetőség. Így a tárgykapcsolatok átdolgozatlanok maradnak, és az indulati elhárítások uralma alá kerül a dolgozó viselkedése, mely az ellátásban könnyen manifesztálódik. Ahogyan az analitikus terapeuta számol szubjektivitásával, arra folyamatosan reflektál és a terápiás munka részének tekinti, úgy a segítő szakmában dolgozó is könnyebben ráhangolódik pácienseire ezek figyelembevételével (Flaskay, 2016; Ferenczi, 1919). Egy olasz mintán végzett kutatás szerint a deperszonalizáció és a kiégés szoros kapcsolatban van az érzelmek inkongruens (az adott helyzetben adekvátnak hitt, azonban nem átértett érzelmek) kifejezésével (Zammuner és mtsai, 2003). A feminista szempontok és a tárgykapcsolat elméletek adják a kutatási adatok értelmezési keretét. A Winnicott (1958) „átmeneti tér, én-kapcsoltság, elég jó anya” fogalmaival leírható anya-csecsemő kapcsolat a szülőnő-segítő kapcsolat viszonylatában hozzájárulhat a szakemberek érzelmi jelenlétének fejlesztéséhez.

A *modern* orvosi kultúra hatékonysága alatt elsősorban a természet kontrollálását, az orvos sikerét, a kiszámíthatóságot, mérhetőséget értjük. Mindez hierarchizált rendszerrel jár, és az alkalmazott beavatkozásokat kevésbé az egyéni szükségletek, inkább a protokollban meghatározott irányelvek határozzák meg. Így a szülészeti ellátásban a nők alárendeltté válnak, csorbul a szülő nő természetadta képességében való hit („*erre minden nő képes*” dúla beszámolója, 122. old.). Ezzel „szemben” a *posztmodern* (holisztikus) ellátás a folyamat kísérésére összpontosít, tudományos és gyakorlati tapasztalatokat egyesít, a női testet önállóan, a nőt öngondoskodásra képesnek tekinti (Kisdi, 2012). Napjainkban a szüléskultúrák egymás mellett élését, nagy intenzitású, indulattal telített összecsapását észleljük nem csupán tömeges demonstrációkon, a közösségi média felületein, baráti beszélgetésekben, hanem a magas feszültséggel járó munka közepette, szülőszobákon, a szülészeti osztályok folyósóján, a társszakmák egy-egy szülést követő vitájának hevében is. „*Emberi jogokat a szülőszobára!*” „*Bőr-bőr kontaktus legyen elérhető már a születés pillanatától!*” „*Minden szülés számít, vagy nem is?*” olvasható egy hazai mozgalom (másállapotot.hu) tüntetőinek tábláin, melyek lakmuszpapírként indikálják a személyre szabott ellátás gyakorlati alkalmazásának törekvéseit. Az *Egymás-állapot* felületet teremt ezen vitákba való bekapcsolódásra, a témához kötődő saját gondolatainkhoz, érzelmeinkhez való hozzáférésre.

Hazánkban egyre koncentráltabban jelennek meg a perinatális tudományok – a MPPOT tudományos közössége (mpppot.hu) –, a témában íródott (tan)könyvek (Varga, Andrek & Molnár, 2019, Varga, 2020). Az alkalmazott területeken a pszichológus, orvos, bába, dúla, hordozási tanácsadó, gyógytornász, laktációs

tanácsadó, perinatális tanácsadó együttműködésében létrejövő perinatális munkacsoportok áramlatába kapcsolódik be a mű. A könyv által körülhatárolt szemléleti keret szerint a kulturálisan determinált szülés körüli narratívumok közegében „nem létezik értékrendmentes kutatás” (64. old). A szerző a medikalizált szülési gyakorlatokat meghaladó holisztikus szemléletváltást hangoztatók táborát szándékozik erősíteni. Mindez érthető, hiszen úgy tűnik, ha csupán tudományosan, számokkal, az élettani funkciók mérésével, azaz objektív adatokkal próbáljuk megközelíteni a szülést, a hierarchizált rendszerekben sem kerülhető meg az indulati töltöttség megjelenése. A könyv válasza szerint a szélsőséges – élet és halál együttes jelenlétével járó – élethelyzetben megjelenő indulatok és az intézményes rendszer keltette feszültségek a hatalomgyakorlás üzemanyagává válhatnak. Az agressziorral való azonosulás énvédő mechanizmusa léphet működésbe a kórházi dolgozónál, miközben az altruizmus énvédő mechanizmusának – az ösztönimpulzusokról való lemondást mások javára – elősegítése lenne a cél. Többek között a társas támasz keresésével, a szülés körüli segítők igényeinek és határainak figyelembevételével, a szakmai identitást formáló történetek elmondásával jöhetne létre a fenntartható, személyre szabott szülés/vajúdás körüli ellátás. Dollard és Bakker (2010) pszichoszociális biztonságként fogalmazza meg a szervezeti kultúrában a dolgozók által észlelt, pszichológiai jóllétük fenntartását támogató szabályokat, lehetőségeket, melyek csökkentik az egészségügyben a bántalmazások, visszaélések előfordulását. Az egészségügyi dolgozók számára ez többek között egymást támogató csoportokban jöhet létre, ahol megengedett a hibázás, a feszültségek normalizálására törekednek, és elfogadó, nyitott légkörben oszthatják meg egymással történeteiket (Carbone et al., 2022).

A modern szülészeti ellátás a 19. század második felétől a sterilizálódás, a technokrácia, a test kolonizációja felé vette az irányt. A múlt századi pszichoanalitikus elméletekre következetesen hivatkozó szerző arra enged következtetni, hogy nem az idejétmúlt szemlélet nehezíti a szülés körüli segítők munkáját, hanem az a szintér és rendszerszintű hatalomgyakorlás, mely a szülőnőt személyteleníti, elidegeníti egy olyan folyamatban, ami valójában önmegvalósító, önismeretet elősegítő, személyiségfejlődést előidéző, gyógyító funkciót is betölthet. A szülés/vajúdás során a preverbális találkozások, a befelé fordulás, a teljes önátadás, az ösztönök előretörése ÉLETfontosságú. A szerző az élet-halál tengelyére helyezi a bio-pszicho-szocio-spirituális átmenetet, és a kapcsolatorientált segítők szemszögéből a szülőnő felelősségét, autonómiáját hangsúlyozza: „*A bábák általában és elsősorban »(meg)figyelnek«: a vajúdo testi állapotából következtetnek a vajúdo/szülés folyamatára. Békén hagyják a folyamatot, a vajúdo/szülő nőnek lehetősége van döntéseket hozni a saját szülésével kapcsolatban. Ez egyfajta felelősséget is ad (vissza) a vajúdonak is, hogy akarjon keresztülmenni a vajúdo folyamatán (ne akarja »megúszni« azt – »segítsenek rajta«), és nézzen szembe az ezzel járó fájdalommal.*” (56. old.).

A könyv függelékében részletes ismertető található a kutatási elrendezésről. Az alkalmazott kutatási módszer a téma szempontjából hiteles választás, a kutató és interjúalany követi a segítő-szülőnő közötti kapcsolat analógiáját. Ahogyan az „elég jó szülés körüli segítő” önreflektív, elfogadó, a szülőnő ágenciáját erősítő attitűd

jellemzi, úgy az IPA (interpretatív fenomenológiai analízis) módszertanát alkalmazó kutató is az interjúalany igényeihez alkalmazkodva, a bizalmi légkör megteremtésére törekszik, a szigorú kutatási menetrendtől olykor eltérő struktúrával. Számomra a könyv és köztem létrejövő kairoszi pillanat (itt: igazi élményközelség, csúcspont) akkor keletkezett, amikor a kutató saját érzelmeibe való beavatásával, önreflexív módon megjelenítette az interjúkészítő/kutató/pszichoanalitikus/segítő jelenben megélt tehetetlenségérzését, tapintatlanságát, az elég jó kutató/segítő konfliktusát: „[...] ahogy a történet előtör belőle, mintha minden reakcióm durva, erőszakos, tapintatlan lenne” (74. old.), olvasható egy bábával készített interjút követő értelmezés során a kutató önfeltárása. Az áttételi-viszontáttételi érzések közelebb viszik az olvasót a segítők és anyák állandóan jelenlévő konfliktusához: „elég jó munkát végzek-e? / elfogadhatóak, érthetőek vagyunk-e sajátos igényeinkkel?”. Ahogyan a recenzió szerzőjeként újrakonstruálom a történetet, utólag érkezik meg az érzés, hogy épp ez a vívódás hatja át írásomat: hogyan írjak elég jól a tudományos közönség és a laikus közönség számára? Talán a könyv keltette érzelmek dolgoztak bennem is: hogyan írjak tudományos munkát a hétköznapi ember számára szakmai igényesség megtartása mellett? A szakmához „méltónak” tart majd az olvasóközönség? Tágabb értelemben a napjainkban elterjedt populáris pszichológia kérdése is megjelenik: mi a célja a laikusok számára írt pszichológiai tartalmaknak? Hogyan értelmezi az olvasó a leegyszerűsített kutatási adatokat? Székely Zsófia a könyvben egyértelműen a tudományossággal kevert személyes hangvétel mellett teszi le voksát, nem a tudomány leegyszerűsítése által, hanem saját megélésével hozza közelebb az olvasóhoz a témát. A tudományos stílus valóban redundanciát kíván, a nehezebben olvasható részekhez az olvasó kitartása nélkülözhetetlen. A szakmai értelemben „nem elfogadott” források használatával a populáris és akadémiai oldal feszültségét igyekszik elbírní, sőt azt sugallja, egymás nélkül nem létezhetnek.

Tágabb kontextusban más fontos kérdésekre is keresi a választ: hogyan lehet az, hogy a dúla-képzésben tanultak csak egy ideális világban valósíthatók meg? Azaz, hogyan alkalmazzuk az egyetemi, elméleti, módszerspecifikus tudásunkat az olykor rigid rendszerekben? Hogyan lehetséges az, hogy a megtanult alkalmazásának rendszerbeli vagy épp emberi akadálya van? Hogyan tartják meg a dúlák, bábák, szülésznők szakmai identitásukat a nem megfelelő, távolságtartó vagy éppen feszültségektől robbanékony munkatársi kapcsolatok közegében? A téma kinyitása egy fontos, (segítő) hivatásokat érintő kérdést is rejt magában: hogyan tudja a segítő egy bántalmazó, ellentétesnek tűnő szemléletet közelíteni nem hagyó, tekintélyelvű szakmai légkörben saját szakmai identitását formálni, megfelelően segíteni, érzelmi terhelését beosztani, segítséget kérni? A közös értékek újrakonstruálása, a szülés körüli dolgozók (beleértve a mütösök, nővérek, takarító személyzet) újraszocializálása, traumatizációjuk tudatosítása, a tiszteletteljes kommunikáció bevezetése mind új utakat kínálhatnak.

A fenti kérdésekre a válaszokat a szülés körüli segítőkre és vezetőikre bízom, hiszen az ellátás róluk is szól. Mindemellett szülőnő nélkül szülésznő vagy szülész orvos nem tud kiteljesedni. Kívánom, hogy a szülés/vajúlás körüli segítők sorstársakra találjanak a könyvben megszólalók történetei által, hogy az eddig mesterségesen szétválasztott két oldal (kapcsolatorientált és beavatkozásfókuszú)

egyre közelebb kerüljön, a nehezen megélt szülés körüli történetek megfogalmazhatóvá váljanak. Vegyünk példát a szerzőtől, és közelítsük az akadémiai tudományokat és a klinikai gyakorlatot klinikusként a kutatásokkal, kutatóként pedig az érthetőséggel!

Kulig Barbara

Felhasznált irodalom

- Carbone, R. – Ferrari, S. – Callegarin, S. – Casotti, F. – Turina, L. – Artioli, G. – Bonacaro, A.** (2022). Peer support between healthcare workers in hospital and out-of-hospital settings: a scoping review. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 93(5): 1-18.
- Dollard, M. F. – Bakker, A. B.** (2010). Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 83(3): 579-599.
- Ferenczi S.** (1919). A pszichoanalízis technikájához. In: Uő: *A pszichoanalízis haladása* (101-111). Budapest: Dick Manó.
- Flaskay G.** (2016). *Pszichoanalitikus terápia a gyakorlatban*. Budapest: Oriold és Társai.
- Kisdi B.** (2012). A női test dekolonizációja. A szülés posztmodern szemlélete. *Néprajzi Látóhatár*, 3: 23-44.
- Mahler, M.** (1972). *Symbiose und Individuation I. Psychosen im Frühen Kindesalter*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- Winnicott, D. W.** (1958). A fejlődésről. In: Péley B. (szerk.), *A kapcsolatban bontakozó lélek* (92-147). Budapest: Új Mandátum, 2004.
- Varga K. -- Andrek A. – Molnár J. E.** (2019). *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Budapest: Medicina.
- Varga K.** (2020). *Nem farmakológiai módszerek a peripartum fájdalommenedzsmentben*. Budapest: Medicina. <https://www.medicina-kiado.hu/kiadvanyaink/szak-es-tankonyvek/pszichiatria-pszichologia/a-szulesi-fajdalom-kezelese/>
- Zammuner, V. K. – Lotto, L. – Galli, C.** (2003). Regulation of emotions in the helping professions: Nature, antecedents and consequences. *Advances in Mental Health*, 2(1): 43-55.

www.masallapotot.hu

www.mpppot.hu



English Summaries

Delivery and Birth

ESSAYS

ROSEMARY BALSAM: On the natal body and its confusing place in mental life

The study concerns ongoing confusions in holding together the gestalt of the natal body, sex, gender, and procreation. Highlighting theoretical confusions is the shifting history of relations among the material body, the “psychoanalytic body,” sex, and gender. Studying these confusions and collecting more data may help the field advance where a rush to theoretical foreclosure will not. Observe, for example, how commonly foreclosing are the terms “masculine” and “feminine” when automatically applied to the merely biological attributes of a sexed body. More confusions arise from theorizing gender identity using split-off images of body parts divorced from any natal referent. In a published clinical case, for instance, the role of the procreative body is characteristically ignored in gender theorizing. Apparently unspeakable horrors of the female body come with its birthing potential and may be a motive for erasure. Julia Kristeva, an exemplary writer, accepts simultaneously a sexed, procreative, and gendered layering in the mind. Her account of the “abject” can shed light on the suppressive horror in our field, which remains almost silent on the body’s procreative potential in everyday life. By contrast, even Ice Age sculptors were engaged with procreative female bodies.

Keywords: procreative body, psychoanalytic body, natal body, sex and gender, resistance to female body, language for body, uterophallic vs. phallic, Kristeva, abjection, *khôra*

ANDREA ANDREK: The importance and results of prenatal attachment research

From conception onwards, humans are actively involved in their relationships with their immediate and wider environment, and the interaction experiences in utero form the foundation of all subsequent relationships and lay the foundations for attachment behaviour. The paper reviews the emergence of the concept of prenatal attachment and attempts to define it from a historical perspective. It takes stock of the most commonly

used scales for measuring prenatal attachment and their characteristics. The major socio-demographic, psycho-social and relational factors that have significant predictive power for the intensity of mother-fetus and father-fetus attachment are presented. The conclusion of the study is that the prenatal attachment system is co-created by parents and their fetus and that this attachment system should be viewed as embedded in the couple-relationship and, through it, the intergenerational/transgenerational system. Parents who are “primed” along anticipatory and mentalising experiences that unfold during pregnancy understand and interpret their child easier, which contributes to the development of the child’s secure attachment working model.

Keywords: prenatal attachment, attachment theories, parent-fetus relationship, psychosocial factors, transgenerational system

JÚLIA FRIGYES: Birth, childbirth, trauma and trauma therapy – possible paths to healing

In my paper I think over the different and common and rhyming characteristics of birth and childbirth and trauma and psychotherapy. While we want to understand we must accept some paradoxes and even ultimate unknowability. To be born, to give life, to be traumatized, and to heal – these basic experiences of life are very different and yet bear many similarities. I am looking for answer to the question of what the sources of traumatization and sources of healing in these basic life experiences are. Where these experiences meet and where they separate from each other. Psychoanalytic-philosophical theories, experience reports, and certain details of my own therapeutic cases serve as the guiding thread of my train of thought.

Keywords: birth, childbearing, trauma, psychoanalytic birth theories, trauma theories

BARBARA KISDI: Motivations and reflections on choosing a doula

In Hungary, the familiarity and recognition of doulas is still in its infancy, which is why it is an interesting question how the women who choose a doula before the birth of their child think, what motivations, expectations, and ideas they have about this issue. Due to the multifaceted support provided by doulas, the expectations of mothers are also diverse, moreover, the biopolitical and knowledge-policy field in which these horizons of expectations appear are themselves complex and rapidly changing. Accordingly, the differentiation and clash of knowledge accepted as legitimate in childbirth cultures, as well as the critical autonomy of lay people forcing reflexivity, determine the norms and possible fields of action of those participating in childbirth in a very complex way. In my study, starting from the self-reflections on the mothers’ knowledge and expectations, I try to interpret the motivations and reflections of the choice of a doula in the framework of biopolitics and knowledge-policy.

Keywords: birth, doula, modern and postmodern birth culture, knowledge-policy, biopolitics

ARCHIVE

We publish two manuscripts from the legacy of the psychoanalyst **GYÖRGY HIDAS** (1925–2012), the influential initiator of the Hungarian Society of Pre- and Perinatal Medicine, about the mother-baby relationship analysis, introduced by **VERA BÉKÉS**. During the relationship analysis, the analyst teaches the mother to communicate with the foetus, while helping her to face her own traumas and strengthening her in her role as a mother.

REVIEW

Barbara Kulig's detailed review of Zsófia Székely recent book: *State of each other: Experiences of obstetricians, midwives, and doulas about the helping relationship*.

* * *



E számunk szerzői

Bókay Antal egyetemi tanár, Pécsi Tudományegyetem, Modern Irodalomtörténeti és Irodalomelméleti Tanszék és Elméleti Pszichoanalízis Doktori Program. E-mail: antal.bokay@gmail.com

Derrida, Jacques (1930–2004), filozófus

Egri Petra doktorjelölt, Pécsi Tudományegyetem, Irodalom-és Kultúratudományi Doktori Iskola. E-mail: epetra90@gmail.com

Horváth Eszter adjunktus, Budapesti Metropolitan Egyetem, Művészet és Design-elméleti Intézet. E-mail: horveszt@yahoo.fr

Horváth Lajos adjunktus, Debreceni Egyetem, Filozófiai Intézet. E-mail: horvath.lajos@arts.unideb.hu

Kicsák Lóránt filozófus, egyetemi docens, Eszterházy Károly Katolikus Egyetem, Filozófia Tanszék. E-mail: kicsak.lorant@uni-eszterhazy.hu

Kőváry Zoltán klinikai szakpszichológus, egyetemi docens, ELTE Pszichológiai Intézet, Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék. E-mail: kovary.zoltan@gmail.com

Pavlovics Zsófia fordító-tolmács; PhD hallgató, Debreceni Egyetem, Irodalom-és Kultúratudományok Doktori Iskola. Email: pavlovicszsofia@citromail.hu

Szőke Katalin pszichoanalitikus. E-mail: szokatalin@gmail.com