

Székely Zsófia

A SZÜLÉS SORÁN LÉTREJÖVŐ SEGÍTŐ KAPCSOLAT ÚJRAÉRTELMEZÉSE A MODERN PSZICHOANALITIKUS ELMÉLETEK FÉNYÉBEN

„A gyermekszületés, amikor valakinek a testéből kettő (vagy több) jön létre; olyan alkotó folyamat, mely a nő testében és emlékeiben is visszhangot kelt.”

(Pamela Klassen, id. Beck, 2006, 453.)

Bevezetés

A születést – a magzatból újszülötté válás átmenetét – jellemző biológiai és pszichológiai tényezők együttmozgását számtalan kutatás vizsgálja, elméleti és gyakorlati kérdésfeltevés-
sel (pl. Varga és Suhai-Hodász, 2000; Leboyer, 2002; Odent, 2003; Varga, 2011; Varga, Andrek és Herczog, 2011). A társas kapcsolataink alapvető mintázatának tartott korai anya-gyerek kapcsolat alakulásának tudományos feltérképezése is alapos: ebben többek között megjelenik a pszichoanalitikus paradigma, a tárgykapcsolat-elméletek, az anyai funkciók gyermeki személyiségfejlődésre gyakorolt hatásának fókuszja (pl. Andrek, 1997; Raphael-Leff, 2010; Hidas, Raffai és Vollner, 2013). A vajúdás, szülés folyamata azonban sokkal kevesebb tudományos érdeklődésre tarthat számot, ha a nő életében, személyiségfejlődésében betöltött szerepéről, vagy egyszerűen csak mint önálló pszichés folyamatról gondolkodunk; azaz, ha feminista paradigmában, fenomenológiai, vagy akár hermeneutikai szempontból vizsgáljuk. A szülés életünket hosszútávon meghatározó esemény; történetét, történéseit egész életünkön át hordozzuk, fejlődési mérföldkőnek, azaz fejlődési krízisnek tekintjük (Hajduska, 2010; Kitzinger, 2006, 2008; Varga, Andrek és Herczog, 2011). A szülés élménye, annak narratívája, mint minden más élettörténeti narratíva, identitás-meghatározó (Péley, 2002; Erős, 2004; László, 2008). Ez a narratíva azonban többnyire nehezen hozzáférhető – ennek több oka is lehetséges. Egyrészt a szülés mélyen a természetbe ágyazott fo-

¹ Jelen cikk a Magyar Pszichoanalitikus Egyesület 2013. évi konferenciáján elhangzott „Pszichoanalízis és szülés” című előadásom átdolgozott változata.

lyamat, ebből adódóan preverbális, ösztönös esemény, az én-érzetek, én-állapotok nehezen verbalizálhatók (Molnár és Frigyes, 2012). Másrészt maga a vajúdás folyamata egyre fokozódó módosult tudatállapottal jár együtt, mely a kitolásban a „testi-lelki megnyílás maximumában” csúcsosodik ki (Molnár és Frigyes, 2012). Értelemszerűen háttérbe szorul az élmények akár jelen pillanatbeli, akár későbbi szóbeli megfogalmazása, továbbá az ön-reflexió lehetősége is. A szülés élménye végső soron mindig titokzatos marad, elbeszélhetetlen történet, hermeneutikai rejtély. Ha a szülés valamilyen okból traumatikus volt, az elbeszélés további nehézségekbe ütközik, hiszen ebben az esetben a személyes történet a pszichés trauma hatásai alapján szerveződik – így a trauma természetéből adódóan válik tabuvá, töredezetté, nehezen megoszthatóvá (Kitzinger, 2008; Herman, 2011, Székely, 2016).

A feminista paradoxon

Az anyaság és a nőiség fogalma a patriarchális társadalmakban hagyományosan összefonódik (Kende, 2002). A két fogalom kölcsönösen definiálja egymást, így determinisztikusak. Az anyaságnak univerzális, veleszületett jellegét hangsúlyozza ez a megközelítés. A relativisztikus megközelítések a szociális konstrukciók, a környezeti kontextus szerepét hangsúlyozzák (Kende, 2002). Bár a feminizmus nem egységes megközelítés, általánosságban elmondható, hogy a feminista paradigma szerint sem a biológiai adottságok, sem a társadalmi konstrukciók nem lehetnek alapjai semmilyen megkülönböztetésnek, a nő azért rendelkezik emberi jogokkal, mert ember, önmeghatározásához nem szükségesek sem a biológiai adottságok, sem a társadalmi konstrukciók definíciói. Ez a szemlélet azonban a hétköznapi helyzetekben alig, vagy sokszorosan félreértelmezett módon jelenik meg. A várandósság-szülés tematikájában, ahol a női test értelemszerűen előtérbe kerül, könnyen ellentmondásba keveredhetünk az ösztönösség, testiség és az öntudatos (sic!), joggyakorló felnőtt nő létmódjainak megélésében. Ez az egyszerű kifejezés: „elment szülni” sok mindent elárul, mit is gondolunk napjaink női szerepeiről. A közfelfogás szerint – mely nagyrészt a patriarchális nézőpontot képviseli – a szülés és a kisgyermekes időszak elvon, kivon, eltávolít valamitől, és ha már beleestünk, minél hamarabb túl kell lenni rajta, mert lemaradunk valamiről. Ha nem is lemaradunk, de a munkát majd ott kell folytatnunk, ahol abbahagytuk, mintha mi sem történt volna bennünk. Ugyanakkor, az analitikus pszichológiai nézőpont szerint minden egyes nő várandósságában megjelenik az „archaikus anya” (Raphael-Leff, 2010), ez pedig szorongást kelt. A nő inherens teremtő ereje éles ellentmondásban áll a védelemre szoruló, kiszolgáltatott nő képével. A belső kétségek könnyen sugallják, hogy a felelősséget áthárítsuk valakire, ebben pedig a medikalizált környezet, az orvosi tudás éppen kapóra jön (Pikó, 2005; Raphael-Leff, 2010).

A személyiségfejlődésben jelentős szerepet tölt, vagy tölthet be a szülés. A termékenységgel kapcsolatos fejlődési krízis egyben lehetőség a női önazonosság megtalálására is, az önmegismerés alapvető forrása (Pinkola Estés, 1995, 2006; Müller, 2010). A testiségből fakadó női erőnek, az ösztönösnek való ön-átadással járó kiszolgáltatottság viszont nehezen, vagy egyáltalán nem összeegyeztethető a kontroll-képes, cél-orientált, jogait gyakorló tudatos nő képével. A női önazonosság sokszor a férfiassághoz képest – azzal szemben, vagy ahhoz viszonyulva – értelmeződik, nem autentikus, egyéni útkeresésként. Egy patriarchális társadalomban (még ha ez a társadalmi berendezkedés ingadozni látszik is), ahol a legfőbb téma, hogy milyen a teste a nőnek, hogy „hol a helye”, „milyen a jó anya”, „hogyan egyeztetni össze a családot és a karriert”, a vajúdnak, szülésnek való önátadás igen kockázatosnak tűnhet. Ugyanakkor a természettől eltávolodva a szülés felszabadító, beavató, személyiségfejlesztő hatásától is megfoszthatjuk magunkat. Éppen ezért nevezem feminista paradoxonnak ezt a helyzetet. A köztudatban és a hétköznapi diskurzusban sokszor félreértelmezik a feminizmus fogalmát, és szembeállítják az anyaságot a független (ti. feminista) nő sztereotípiájával. Gyakran előfordul, hogy a nők szabad választási joguk teljes tudatában szeretnének a lehető legkevésbé bevonódni a szülésbe, minél gyorsabban túllenni rajta, a lehető legkevesebb fájdalommal, vagy legalább gyorsan elfelejteni az egészet. Az a jó, ha meg sem látszik rajtunk, hogy szültünk – ezzel az elvárással számos formában találkozhatunk. Rengetegszer hallani olyan véleményeket kismamáktól, hogy „én erre nem vagyok képes” „vegyék ki belőlem” „ha nem nyomta volna ki belőlem az orvos a gyereket, nem tudom, mi lett volna”. Holott a szülés a maga természetességében igazi sorsfordító esemény is lehet, általa felnőttebb, függetlenebb, önmagához közelebb nő is születhet. Az „elment szülni” átfordítható az „elment világgá” jelentésébe is: a népmesei leány meggazdagodva, kincsekkel megrakodva, értékes tudással térhet vissza otthonába (gondoljunk csak Holle anyó, Világszép Vaszilisz, Hamupipőke történeteire).

Testi-lelki átrendeződés és beavatás

A fogantatással kezdve intenzív testi és lelki átrendeződés történik, s már az első pillanattól kezdve megváltozik a realitás-érzék és fokozatosan egyre erősödő módosult tudatállapot jön létre. Ez már önmagában lehet magyarázat arra, miért félelmetes vagy szorongató ez a helyzet sokak számára, különösen, ha a társas környezetük nem támogató és biztonságos. A módosult tudatállapot a várandósság során egyre fokozódik, és a szülésben csúcsosodik ki – de nem ér véget a szüléssel, megszületéssel: a visszarendeződés még hónapokig tart. A szülés kiemelkedik ebből a folyamatból, hiszen végletes történések zajlanak, de semmiképpen nem választható el a várandósság és az utána következő gyermekágy, csecsemőkor időszakától.

Nagyjából kétszer kilenc hónap az ideje ennek a nagy változásnak, testi-lelki beavatódásnak (Raphael-Leff, 2010; Molnár és Frigyes, 2012).

De a szülés a tudatos megismerés számára egyfajta tabu is, érinthetetlen, megragadhatatlan, megfogalmazhatatlan minőség. Bármennyire is tudatosak és informáltak vagyunk, végül olyan lelkiállapotba érdekes kerülni, melyben elfogadjuk, hogy a szülés során bármi történhet. Bár a szülés és születés komplex, biomedikálisan, kulturálisan meghatározott pszichoszociális történet, egyben olyan, nehezen bejósolható természeti folyamat is, melyre az ember végső soron kevés befolyással van; az élet és halál, kezdet és vég egyszerre jelenik meg itt, még ha sokszor csak szimbolikus szinten is. A kutató szempontjából pedig a tudományos vizsgálódás hermeneutikai határait feszegeti. A tudományos diskurzusban (legalábbis, ami a feminista paradigmához tartozó gender- vagy pszichoanalitikus szakirodalmat illeti) lassan gyarapodik a vizsgálatok száma, csak legújabban lehet a vajúdás-szülés élményével, fenomenológiájával foglalkozó kutatást találni. Antropológiai leírásokból tudjuk, hogy a serdülőkorból a felnőtté válásba vezető átmenetet beavatási rítusok biztosítják. A kutatások elsősorban a többsége az intézményesített férfiúi beavatásokat írja le a természeti népeknél, melyek általában jól kidolgozott, nyilvános események (Péley, 2002). A női beavatásról ezzel szemben nagyon keveset tudunk, ez többnyire zárt, és nehezen hozzáférhető – menstruációval és szüléssel kapcsolatos szokásokat foglal magába – de sokszor még beavatásnak sem nevezzük ezeket (Eliade, 1999; Péley, 2002). Ugyanakkor nehéz figyelmen kívül hagyni a medikális környezet által nem torzított, azaz háborítatlan, természetes szülés pszichológiai szcénájában annak beavatási rítus jellegét. A szülés sok szempontból egyéni, magányos vállalkozás, „belső út”; mégis – néhány kivételtől eltekintve – a nők a legritkább esetben szülnek valóban egyedül, a szülés körüli segítőik pedig hagyományosan többnyire idősebb, tapasztaltabb, „beavatott” nők.

A medikalizáció hatásai a szülés pszichológiai vonatkozásaira

Napjainkban, a modern nyugati civilizáció országában a szülés többnyire medikalizált környezetben zajlik, az otthoni szülések aránya – néhány kivételtől eltekintve – elenyésző a többségi, kórházi szülésekhez képest. Az anyává válás egyik legfontosabb mérföldköve orvosi eseménnyé vált, melyhez minden erőnkkel igyekszünk valami személyest, intimet kapcsolni. A medikalizált szülés azonban a legritkább esetben teszi lehetővé a valódi fejlődési lehetőséget, beavatást.

Kitzinger (2008) az antropológus szemével írja le a szülési kultúrát – szerinte a kórházi szülés egyszerűen intézményes zaklatásnak minősül: mint ahogy egy fiúkollégiumban, vagy a katonaságnál zajlik: az újoncokat megalázásokkal és fenyegetésekkel törik be az intézmény

hatalmi struktúrájába. A kórház totalitárius intézmény, rituálékkal és protokollokkal felvértezve, azért, hogy minden biztonságosan és ellenőrizhetően működjön a falakon belül. A kórházi dolgozók nem tudják elkerülni, hogy alkalmazkodjanak ezekhez a szabályokhoz – melyek az intim és személyes, érzelmileg vezérelt kapcsolatokat felülírják, lehetetlenné teszik – hogy ezt a hatalmat szolgálják a pontos működés érdekében. Ez a helyzet nem csak a vajúdnőnek, de a kórházi dolgozóknak is szélsőségesen megterhelő – gondoljunk csak a szigorú kötöttségek, a hierarchia követelményei miatt megnövekedett stressz mértékére, és az ebből következő gyors ütemű kiegészésre. Továbbá feltűnő a hasonlóság a már említett beavatási rítusokkal: e „kvázi beavatási helyzet” (Péley, 2002) látszólag megadja a közösségi befogadás és a személyes fejlődés élményét. Valójában azonban a rendszer fennmaradásához és működéséhez szükséges, öncélú „gyártási” protokollról van szó: a termék a gyermek, az anya pedig egy folytonosan elromló gépezet, melyet a protokoll szerinti helyes működés útjára kell visszaterelni (Kitzinger, 2008).

Sok nő éli meg traumaként, vagy akár rajta elkövetett erőszakként a szülést. Ha a trauma élménye felől közelítjük meg ezt a jelenséget, könnyen adódik a következtetés: vannak nők, akik személyiségük, élettörténetük alapján érzékenyen reagálnak a szülés eseményeire. Ugyanakkor ez az interpretáció – még ha sok esetben kétségtelenül igaz is – elfedi a valóságot: számtalanszor előfordul, hogy a nő engedélye, kifejezett kérése ellenére nyúlnak a testéhez, nemi szervéhez – azaz visszaélnek kiszolgáltatott helyzetével, a felette gyakorolt hatalommal, erőszakot követnek el rajta (Kitzinger, 2008; Herman, 2011). Kitzinger szerint a nők szülési sokkot élhetnek át, hiszen a testüket a kórházban gépként kezelik, méghozzá olyan gépként, amiben bármikor elromolhat valami. A tehetetlen szenvedés, az öntudatlan, kívülről irányítandó gép-üzemmód, a durva bánásmód és a nő önrendelkezési jogának figyelmen kívül hagyása egyenesen vezet a traumatizálódáshoz, és a későbbi lelki problémák kialakulásához. Ezek egyike a poszt-traumás stressz szindróma (Kitzinger, 2008; Molnár és Frigyes, 2012). Ugyanakkor a medikalizált szülésben résztvevő segítők – szülésznők, orvosok – is ki vannak téve a másodlagos traumatizálódásnak.

Nyilvánvaló az is, hogy sokan vannak, akik nem élik meg szélsőségesen a kórházi szülésüket. Mégis, valami hiányzik, az általános vélekedés szerint a szülés sokszor valami olyan, amin túl kell lenni (vö.: gyors és könnyű szülésed legyen!), jobb elfelejteni, stb. Még ha számos változás, fejlődés történik is a kórházakban, az orvosnak végső soron mindig is az a feladata: beavatkozzon, ha baj van. A nem-beavatkozás (a vajúdnő esetében pl. türelmes várakozás) orvosi szempontból nagyobb hibának számít, mint egy elsietett, vagy biztonsági célokat szolgáló beavatkozás (Pikó, 2005; Kitzinger, 2008).

De a szülés és születés szembesít minket azzal is, hogy élet és halál fölött nem mindig van befolyása az embernek – és végső soron ez is egy kontrollálhatatlan, életveszélyes természeti

folyamat, mely azonban mégis érzékeny kapcsolatban van a körülötte zajló eseményekkel. A szülésben mindig benne rejlik a halál lehetősége is, a kontrollvesztettség, teljes kiszolgáltatottság állapota, az elképzeltetlen mértékű megnyílás (mind testi, mind lelki értelemben), és e képzetekhez kapcsolódó archaikus szorongások, halálfélelem (Geréb, 2010; Molnár és Frigyes, 2012). A folyamatot irányítani igyekvő, aktívan beavatkozó orvos (kórházi személyzet) azt az üzenetet közvetíti, hogy van eszköze teljes biztonságot létrehozni, ezáltal elűzni a halált és a halálfélelmet. A kontroll elvesztésétől való félelem és az ebből következő feszültség szinte tapintható a szüléseteken: vajon mi fog történni a következő pillanatban? Hogyan fogok beavatkozni, hogy visszaterelem a folyamatot az általam helyesnek vélt útra? A kórházi személyzetén óriási a felelősség, olyan nagy, hogy az az érzés keletkezhet, hogy szinte nem is marad semmi a szülőknek. Kritikai értelmezések szerint egyes szereplők számára úgy tűnhet, éppen ez a cél: az „orvos levezeti a szülést” – aktussal a szülő(k) kezéből kikerül a felelősség és áthárul az orvosra – ennek következménye lehet, hogy sok esetben az anya a tehetetlen, és engedelmes beteg-szerepbe vonul vagy kényszerül. Ilyenkor önkéntelenül is gyermeki kiszolgáltatottsággal viszonyul a „mindenható” szülőként jelenlevő orvoshoz, és ezáltal megteremtődik a vajúdo és a segítő(k) számára oly fontos biztonság, vagy legalábbis az illúziója. A vajúdas, szülés nem választható el a nő társas környezetétől sem, a szülés körüli segítő(k) (orvos, szülésznő, bába, dúla, férj, és így tovább) hatással vannak a vajúdo-ra, pusztán jelenlétükkel vagy hiányukkal is részesei az eseményeknek. Nem csak a vajúdo és a kisbaba, de segítő(k), a véletlenül megjelenő emberek is fordíthatnak a szülés menetén. (Geréb, 2010). A szülés egyik legáltalánosabb meghatározó tényezője a segítő kapcsolat, amelyben létrejön, ez pedig kikerülhetetlenül magával hozza az egymásra hangolódás és a kommunikáció vizsgálatának szükségességét is. Larsson vizsgálatában (2011, id. Varga, 2015) a pozitív szülés-élmény egyetlen szignifikáns befolyásoló tényezője a bábába vetett bizalom élménye volt. A szülés mellett tartózkodó segítő(k) teljes jelenlétükben vannak megszólítva: szaktudásuk mellett gondolkodásuk, érzelmeik, képességeik, saját történetük – továbbá az együttes élmény testi szinten is hat: a kisbaba megszületésekor kipattanó boldogság, katarzis a felszabaduló oxitocin és endogén opiátok a segítő(k)ben is „függőséget” okoznak (Geréb, 2010). A medikalizált környezetben zajló szülés mellett segítő(k) számára sokszor túlzónak, lehetetlennek tűnhet a fentebb leírt teljes testi-lelki jelenlét megvalósítása. A kórházi protokoll általában nem tudja figyelembe venni az egyéni különbségeket, a legtöbb esetben nem teremt lehetőséget a személyes kapcsolódásra, az intimitás megélésére. E működésmód veszteségei nem csak a szülő nő(k), de a segítő(k) is, akik legalább két ellentétes elvárás (a vajúdo nő „elhívása” és a teljesítmény-orientált kórházi protokoll, a felettesek) között őrlődnek rendszeresen. Könnyen belátható, hogy óriási a veszélye a szorított helyzetből való kilépésnek, a bevonódás megtagadásának, a másik személy érzelmi eltávolításának, tárgyiasításának, így végső soron mind az elsődleges, mind a másodlagos traumatizálódásnak, kiégésnek.

Pszichoanalitikus megfontolások

Ha a szülést, mint az önmagunkkal való találkozás lehetőségét vizsgáljuk, a folyamatban létrejövő segítő kapcsolatra tekinthetünk úgy is, mint a pszichoterápiás kapcsolat egyfajta metaforájára – a szülés-születés szcénája pedig valamiféle átmeneti tér szimbólumaként magában hordozza a pszichoterápiás gyógyulási lehetőségeket is. Ugyanakkor akár meg is fordíthatjuk ezt az összefüggést: a pszichoterápia a szülés-születés metaforájaként is értelmezhető, amikor is a biztonságos kapcsolati térben megszülethet egy újabb perspektíva, gyógyító élmény, újraszerveződhet a személyiség.

A pszichoanalitikus paradigma szerint a pszichoterápia egyik legfőbb hatótényezője a terápiás kapcsolat (Szőnyi 2000). A kapcsolat élménye, minősége, légköre alapvető fontosságú, hiszen a gyógyító kapcsolat a gyógyítás nem specifikus hatótényezője (Csabai, Csörsz és Szili, 2009). Ezeket a pszichoterápiás kapcsolatra fókuszáló pszichoanalitikus elméleteket, a terápiás helyzet tárgykapcsolati és interszubjektív megközelítéseit (Szőnyi, 2000) használok értelmezési keretként a szülés, mint a kapcsolatban kibontakozó ön-megtapasztalás, és a szüléskísérés, mint segítő kapcsolat teljesebb megértéséhez. A biztonságos vajúdás-szülés lényegében a biztonságos segítő kapcsolatot jelenti: ha ez a segítő kapcsolat létre tudja hozni azt a teret, amelyben a vajúdó elengedheti magát, önmaga lehet, akkor önmaga megtapasztalásának új útjai nyílhatnak meg. A vajúdás-szülés lényegében egyfajta „átmeneti jelenség”, melyben a pszichés történések interszubjektív térben zajlanak, és a segítő kapcsolat dinamikája szervesen kapcsolódik minden résztvevő élményéhez (Székely, 2016). A továbbiakban ezt a gondolatmenetet fejtem ki: a pszichoterápiás szcénában megjelenő anyai erotikus áttétel és viszontáttétel (Welles és Wrye, 1996) megismerésén keresztül bepillantást nyerhetünk a szülés körüli segítő világába is; Ferenczi (1933, 1997) és Winnicott (1958; 1965) klasszikus gondolataitól Ogden (2004) modern értelmezései felé haladva rátekinthetünk a vajúdás során létrejövő interszubjektív térben zajló kommunikáció jellemzőire.

A pszichoterápiás szcénában megjelenő szülés és születés – az anyai erotikus áttétel és viszontáttétel

Welles és Wrye (1996) írják le ezt a jelenséget. Szerintük feltételezhető, hogy a nőnemű analitikusoknak tipikus nehézségeik, de egyben rájuk jellemző lehetőségeik is vannak, bizonyos nemhez kötött viszontáttételi helyzetekben. A szerzők ezt a témakört nevezték el anyai erotikus viszontáttételnek (angolul MEC – *maternal erotic countertransference*), amely gyűjtőfogalom több, jól meghatározható tematika kapcsán alakot ölthet. A MET (*maternal erotic transference* – anyai erotikus áttétel) és a MEC is a legkorábbi anya-gyerek kapcsolat érzéki

élményeiben gyökerezik, teljesen konkrét, testre, vagy testrészekre irányuló erotikus vágyakban; a másik fél konkrét testrészeinek szeretésében, gyűlöletében nyilvánul meg. Mivel életünk preverbális szakaszából származik, tipikusan nehéz megközelíteni és megfogalmazni. Bár megpróbálták általánosítani és elméleti keretekbe helyezni az anyai erotikus áttétel-/vizontáttétel jelenségét, fontosnak tartják azt is, hogy ez sohasem választható el a konkrét esetektől, az analízisben résztvevőktől, attól, hol tart éppen a folyamat. Az analitikus felelőssége esetleges alternatív értelmezési kereteket találni az analízisben folyó eseményekre, és nem feltétlenül csak a már meglévő, elvárt konstrukciókat használni. Ebben az értelemben a MET/MEC is szervező elvnek tekinthető, de csak akkor hasznos, ha nem zár ki más értelmezési modelleket. Ugyanígy használhatjuk értelmezési keretként az eredeti anyai erotikus – preverbális szcénában a szülés pszichés folyamatának megértéséhez. A szerzők szerint a kérdés mindig az, hogy terapeutaként mennyire engedjük meg magunknak a részvételt ezekben a nehéz élményekben – nyilvánvalóan a szülés körüli segítőik esetében is választ kell adnunk erre.

Wrye (1996) egy másik cikkében arra a nagyon fontos tényre hívja fel a figyelmünket ebben a témában, hogy az anyai erotikus áttételek kapcsán saját születésünk is megjelenik. Szerinte analitikusként a korai anyai erotikus áttételekhez úgy férhetünk hozzá a terápiában, ha saját testi reakcióinkat, mint vizontáttételi érzéseket, kreatív figyelemmel kísérjük. Erotikus alatt a szeretett személy közelében érzett mindenféle pozitív és negatív testérzést ért. Analitikusként a szavakra vagyunk kiképezve, így meg kell küzdenünk a preverbális testi „tudatunkra” hangolódásért. Az analitikus kapcsolatban újrateremtődnek a korai anya/gyerek kapcsolati mátrixban formálódó valódi vágyak. A kötődés közvetítő közege az anya saját testi folyamatainak és testnedveinek elfogadása, illetve a kisbaba testi folyamatainak és testnedveinek elfogadása. Ez a kötődés alakulhat sikeresen vagy rombolóan. Ez a (későbbi) erotikus élet alapmintázatát adja. Wrye (i.m.) bevezeti a *body loveprint* fogalmát, amit talán úgy fordíthatnánk, hogy testi szeretet-lenyomat – az élvezetes és fájdalmas, kezdetleges emlékeket is őrző a testünk, és testi működésünk, még ha tudatosan, szavakkal ez a tudás nehezen megközelíthető is. Ezek a legkorábbi testkontaktus, az anya-gyermek egység többé-kevésbé elfojtott tartalmait. A testkontaktus a testnedveken keresztül jött létre, ezek a méhlepény, vér, vizelet, anyatej, széklet, nyál, könny.

Wrye (1996) beszél a formatív és deformatív születéstörténetekről is. Számos ember meggyőződése, hogy élete alapvetően, és majdhogynem kizárólag a születésénél, vagy azelőtt, romlott el. Bálint Mihály (1968, 2012) ezt nem komplexusként, vagy konfliktusként írja le, hanem *őstörésként*, amely folyamatosan összeomlással és dezintegrációval fenyegeti a páciens. Szerinte az őstörés, mint állapot, vagy érzés mindig is jelen volt az illető személy életében, jóval a szavak előtt keletkezett, és többnyire testi szinten szerveződik. Olyan érzés

keletkezhet, mintha nintha nem született volna meg az egyén, vagy halva született volna; ezek a személyek néha láthatatlannak érzik magukat. Nem valódinak, másolatnak érzik magukat, egy anya halott csecsemőjének. Az ilyen traumákkal küzdők kerülnek a kölcsönös kapcsolatokat, az igazi életerőt. Lényegük, személyiségük középpontja hasadozott, töredezett, szélsőséges cselekményekbe bonyolódhatnak (vö. Ferenczi traumatikus progressziójával – 1933, 1997; vagy a PTSD, ezen belül is a posztpartum PTSD tünettanával – Molnár, 2015). Bizonyos születéstörténetek különösen élénken mesélik el az őstörést, és az ősgyógyításra való könyörgést. Az érzelmi viharba, vagy éppen ellenkezőleg, érzelmi sivatagba születő „koszos, vagy halott” babák – mivel sem belső erőforrásaik, sem választási lehetőségük nincsen – könnyen sodródhatnak szélsőséges, kényszeres védekezésmódokba. A ’kaka=baba’ egyenlőség fájdalmasan valódi én-tapasztalat számukra, mind gyermekkorban, mind felnőttkorban.

Az analitikus helyzetben ezek az élmények kezdetben szótlansággal terhes csöndekkel jelennek meg, így válik hozzáférhetővé az érzelmi viszonyulások szavak előtti tartománya. Az élőhalott személyben nincsenek vágyak, miközben tudattalanul kétségbeesetten keresi az újjászületés lehetőségét. Alapvető szükségletük „(f)elismerve lenni”. Amikor az áttétel megindítja a vágyakozást is, az újjászületés vágya óriásira növekszik, azonnali és teljesen konkrét lesz. Ekkor sürgető vágy jelenik meg, hogy az analitikus testén keresztül szülessen újjá a páciens – ez a „születési jog tudattalan feszültsége”. Mindez enactment formájában nyilvánul meg az analitikus helyzetben. Azaz a páciens közvetlenül elrendezi az analitikus helyzetet egy oda nem illő akcióval, mintegy „kényszeríti” a terapeutát az alkalmazkodásra. Szembetűnő az enactment konkrétsága, illetve, hogy általában az analízis egy megrekedt szakaszában lép fel. Üzenete: valami primitív, *szavakkal nem megfogalmazható*, sokszor rémítő dolog zajlik. Általában megrendíti az analitikust, és nagyon is veszélybe sodorja a semlegességét: meglepetés, zavar, védekezés, undor – pontosan ezek azok a reakciók, amiket a páciens kapott az anyjától, ezért érzik értéktelennek, rossznak magukat, vágyaikat és szükségleteiket pedig túlzónak.

Az enactment erotikus jelentésének értelmezése általában tiltott mindkét fél számára. Annyira primitív és szavak előtti ez az élmény, hogy nehéz észrevenni az erotikus vonulatát – miközben a páciens részéről megalázottsággal és szégyennel, illetve az analitikus részéről szorongással is összekapcsolódik. A vajúdás, szülés során a vajúdo nő saját születésének élménye, saját testéhez való viszonya is előtérbe kerül, mintegy esélyt adva a korábbi történet újraíródásának. Ez azonban a trauma lehetőségét is magában rejti (Székely, 2016). Sokszor nehéz észrevenni a javításra való törekvést is ebben, hiszen annyira romboló maga az aktus. A páciens értelmezhető tárgyként hozza be saját testét az analitikus térbe. Átalakító születésélményt keresnek – az anyai erotikus áttétel egyik központi hiedelme, hogy a gyógyulás és belső átalakulás csakis fizikai kontaktus révén érhető el. A páciens korrekciós élményt keres a terápiában. Látható, hogy szinte kikerülhetetlen a vajúdás és szülés szcénájá-

val való hasonlóság: a szavak előtti – testi – érzelmi – kapcsolati elemek egyetlen nagy értelmezési felhőben találhatók, egymástól szétválaszthatatlanul. A traumaismétlés vs. korrekciós élmény kétségbeejtő szükséglete jelenhet meg a vajúdás, szülés kapcsolati mintázatában is.

Wrye (1996) szerint a helyes értelmezések önmagukban nem képesek helyreállítani az őstörés által okozott károkat, nem képesek metaforikusan mintegy megtisztítani a koszos kisbabákat – ehhez kölcsönös, kézzelfogható, erős tapasztalat, együttes élmény kell. Az analitikusnak be kell vonódnia testi szinten a terápiába – meglehetősen bátorság, és nemtől függetlenül egyfajta „anyai hajlandóság” szükséges hozzá. Az átalakuláshoz lényegében egy *kisbabáját kívánó, életadó anya testéhez* való lelki hozzáférés kell – a folyamat pedig csak akkor lehet kölcsönös (és ezáltal hatékony), ha az analitikus hisz benne; ha szimbolikusan, de valóban fel tudja ajánlani testét-lelkét – elméjét, méhét, mellét, ölet – az átalakuláshoz. Az „anyai hajlandóság” és a páciens mély testi regressziójának elviselése a fontos, és nem az, hogy milyen nemű az analitikus. Ahogyan a szülés-születés-újjászületés teljes valóságában megjelenhet az analitikus helyzetben, ugyanúgy a segítő kapcsolatban megtapasztalt önmegismerés, az újjáteremtő, gyógyító élmény létrejöhet a szülésben is. A megélés erőteljességét és a narratívák többszörös áttételeit mutatja, hogy az anyai szerep nem csak a vajúdóra vonatkozik (aki fizikai valójában válik éppen anyává), hanem a segítő jelenlétének minőségére is, hiszen ő maga is preverbális szinten találkozhat saját születésével (korábbi szüléseivel, szüléskíséréseivel).

A szülés, mint átmeneti jelenség

A szülés körüli segítő személy komplex módon, több szinten is hozzájárul a szülő nő munkájához. A fizikai és pszichikai jelenlét – empátia és figyelem – biztosítja a pszichoterápiában ismert biztonságos közeget, az átmeneti teret (Winnicott, 1965; Ogden, 2004), melyben az ön-megtapasztalás, a kreativitás kibontakozhat. A vajúdó pszichés szükségleteit leginkább Winnicott fogalmaival értelmezhetjük. Az egyedüllét képessége lehetővé teszi, hogy úgy tudok jelen lenni önmagamban, miközben van mellettem valaki, akiről tudom, hogy rendelkezésemre áll, de nem késztet folyamatosan reakcióra. A kapcsolati történések szempontjából nevezi ezt Winnicott az *én-kapcsoltság* állapotának (Winnicott 1958; 2004). Ebben az állapotban bontakozhat ki a belső figyelem, törhet előre a természet ereje – ahogyan a csecsemő is megtapasztalja önmagát a rendelkezésre álló, de nem rátelepedő, nem beavatkozó anya mellett. Ehhez az ellazult állapothoz, a reagálási kényszer hiányához szükséges a biztonságos környezet, hogy a vajúdó biztosan tudja: megfelelkezhet önmagáról. Winnicott leírja azt is, hogy ez az én-támogató környezet a későbbiek során fokozatosan belsővé válik, és így jön létre majd a valódi egyedüllét képessége. Így alakul ki

végző soron a valódi szelf. A vajúdó megváltozott tudatállapota révén kapcsolatba kerülhet önmagával, megélheti létének olyan aspektusait, melyekhez tulajdonképpen semmilyen más – akár hasonló – helyzetben sem férhet hozzá.

A vajúdás-szülés során létrejövő segítő kapcsolat létrehozza azt az *átmeneti teret*, melyben létrejöhet ez az állapot, melyben a gyógyulás, fejlődés lehetősége is benne rejlik. Winnicott (1967) eredetileg az anya és csecsemője között létrejövő különleges kapcsolatot magyarázta az átmeneti tér jelenségével. A kezdeti anya-csecsemő egységből (amikor még nem létezik külön anya és külön csecsemő) az anya-csecsemő kettősségre való zökkenőmentes átmenethez szükség van a potenciális térre, mely nem is képzelet, nem is valóság, a kettő között van, és a csecsemő biztonságosan megtapasztalhatja önmagát, fejlődhet a képzelőereje. Ez olyan paradoxon, melyben megvalósul, hogy az anya és csecsemője egy, és az is, hogy az anya és csecsemője kettő. A szülés maga is valamiféle ős-eredeti potenciális tér: a bentről kifelé jövő baba az anyától függetlenül létezik is, meg nem is; a vajúdó figyel is rá, meg nem is: és végül a maga fizikai valóságában bontakozik ki az anya testéből, az egységből a gyermek teste. A terápiás tér is egyfajta potenciális tér, ahol a páciens biztonsággal megtapasztalhatja az egyedüllétet, önmagát, és kibontakozhat. Ogden (2004) sokkal általánosabb szavaival élve a potenciális tér az a hely, melyben a szimbólum (egy gondolat), a szimbolizált (amiről valamit gondolnak) és az értelmező szubjektum (a gondolkodó) is létrejöhet. Így adunk jelentést önmagunknak és az életünknek, itt működik a kreativitásunk, ezért vagyunk valamilyenek, nem pedig pusztán reflex-szerűen reagáló lények. Így tehát a szülés ebben a másik értelemben is lehet potenciális tér: nem csak maga a gyermek születik meg (a szimbolizált), hanem szimbólum is létrejön (önmagunk megtapasztalása, a beavatás szülés közben), miközben a vajúdó maga az értelmező szubjektum. Ugyanakkor a vajúdó és a segítő kapcsolatának szintjén is létrejön ez a hármas interpretáció: a segítő, mint értelmező szubjektum jelen van a belső útját járó vajúdó, mint szimbólum, és a megszülető tapasztalat, a szimbolizált mellett. Ezt a megtartó környezetet, újra visszatérve Winnicott kifejezéseire: az „elég jó gondoskodás” (1965; 2004, 129) jellemzi.

A szülés, mint különleges kapcsolatban megvalósuló kommunikációs folyamat

A vajúdás, szülés során tapasztalható regresszió, ösztönösség és kiszolgáltatottság párhuzamosan jelenik meg a szülés természetéből fakadó, szinte transzperszonális erővel. A kommunikáció ideális esetben a legszűkebb keretek között zajlik verbálisan, hanem inkább fizikai, érzelmi síkon: figyelem, érintés, egymásra hangolódás által. A vajúdó egyszerre igényli is a kapcsolatot, ugyanakkor a saját belső útját járja. Ferenczi (1933, 1997) *nyelvezavar* fogalma azt az

állapotot takarja, amikor a gyermek a gyengédség nyelvén közelít a felnőtthez, a felnőtt azonban a szenvedély nyelvén válaszol erre, ezáltal kihasználva a gyereket, felnőtt igényeit kielégítve. Lénárd (2004) új szempontokat világít meg ide vonatkozó tanulmányában; szerinte a nyelvzavar fogalma a korai kapcsolati traumatizációt is leírja. Ez azt jelenti, hogy a szülő és a gyermek közötti félreértés, „meg nem értés” konstans állapota súlyos sérüléseket tud okozni. Hermeneutikai értelmezés szerint a nyelvzavart érthetjük úgy, mint a „nem beszélgetésben lenni” állapotát (Lénárd, 2004), amikor az egymás felé forduló felek elbeszélnek egymás mellett, anélkül, hogy ráhangolódnának, megértenék egymást. A szülés nyelve – ha a hermeneutikai szálon haladva kommunikációs folyamatként szemléljük – egészen különleges. A vajúzó nő meztelen, vagy alig van rajta ruha, és a figyelem (mind a sajátja, mind a környezetében tartózkodó embereké) a lehető legintimebb testrészeire irányul. Ehhez az állapothoz a felnőtt nyelvét, a szenvedélyt kapcsolhatjuk; hiszen bármennyire is tabu, a szülés egyben szexuális esemény is. A nő szexualitását sok kimondott vagy kimondatlan szabály övezi, mind egyéni szocializációs szinteken, mind a társadalmi, hétköznapi és tudományos diskurzusokban. A téma posztmodern nyilvánossága és a tabu-döntögetés bizonyos mértékig hatékony és működőképes, hiszen mindkét nem számára társadalmi és pszichoszociális toposszá válik a minőségi szexualitás, ugyanakkor ez a folyamat a hétköznapiakban gyakran zavartottságot, bűntudatot, szégyent kelthet, további társadalmi elvárásként jelenhet meg, és elnémítja az érintetteket (Heyn, 1993, 2003; Kitzinger, 2006, 2008). Ahogyan a menstruációhoz és a várandóssághoz, úgy a szüléshez is a női test átalakulásának misztériuma kapcsolódik: mindannyiszor a nő szexualitásának elrejtetheatlansága jelenik itt meg (Csabai és Erős, 2000; Pinkola Estés, 1995, 2006). A vajúzásban megjelenő szenvedély nyelvét értelmezhetjük metaforikus szinten is, hiszen e folyamat fókuszában is az érzéki, érzékletes élmények, a testi kapcsolat, a meztelenség, a nemi szervek, és természetesen „szerelmünk gyümölcse”, a korábbi szexuális aktusból érkező újszülött áll. A szülés élménye nagyon összetett és nagyon szubjektív, de alapvető jellegzetessége a nagyfokú intimitás és a megváltozott tudatállapot (Larkin és mtsai, 2009). A vajúzás előrehaladtával, és a módosult tudatállapot fokozódásával gyakran testi-lelki extázis jön létre, ez például intenzív, erős érzelmkifejezéssel, kontrollálhatatlannak tűnő hangadásokkal járhat (Héjja-Nagy, 2014). A módosult tudatállapot tekintetében a vajúzás-szülés folyamata nem különbözik a szeretkezés során létrejövő módosult tudatállapottól: mindkét esetben hasonló mértékű és jellegű megváltozott élményekről, időérzékelésről és tudatállapot-változásról számolnak be a megkérdezettek (Héjja-Nagy, 2014). Ugyanakkor ez a folyamat a gátlások, szégyen és bűntudat élményeinek előretörését is előidézheti, így ezáltal megtorpanhat a szülés folyamata. A szenvedélyes kitárulkozás, „testi-lelki megnyílás” létrejöttéhez elengedhetetlen, hogy a vajúzó biztonságos környezetben legyen (Molnár és Frigyes, 2012; Héjja-Nagy, 2014). A szülés során tapasztalt élmények hatással vannak a későbbi szexuális viselkedésre, a párkapcsolat minőségére, sőt a későbbi gyerekvállalási hajlandóságra is (Kitzinger, 2006, 2008; Varga, 2015).

Már a nőgyógyászati szituáció is áttöri a személyiség „intimitás barriereit” (Buda, 1999, 30). Ez már önmagában elégséges indok lehet arra, hogy az orvosok (és kórházi dolgozók) többsége személytelenségre törekedjen a helyzetben. De a vajúdo nő ugyanakkor kiszolgáltatott is, a testi folyamatainak és a környezetének egyaránt, tehát a gyengédség nyelvén is „jelez”. A nyelvzavar kétszeres interpretációban jelenhet meg: a szülés folyamatában egyszerre van jelen erő és kiszolgáltatottság, szenvedély és gyengédség is. Nem csak elcsúszhat, de fel is cserélődhet a megfelelő kommunikáció. Minden szóbeli közlés, információ és döntés a tudatos felnőtt helyzetet erősíti, és elméletileg a kiszolgáltatottságot csökkenti. Mégis, mivel a vajúdás és a szülés „nyelvezete” preverbális, mindenképpen ki tudja billenteni a szülő nőt a kívánatos befelé fordulástól, a szülés folyamatának való teljes átadásától, az ösztönök előretörésétől. A testünknek, a természet erejének való kiszolgáltatottság elfogadása kizárólag biztonságos környezetben lehetséges – vagyis az elég jó segítők jelenlétében, akik létre tudják hozni azt a közeget, ahol a vajúdo önfeledten létezhet. Ezzel ellentétben, ha betegként kezeljük a szülő nőt – mely a kórházi környezetben elkerülhetetlenül adódik; így például figyelmen kívül hagyjuk megfogalmazott kéréseit (hiszen döntéshelyzetben általában az orvos és a személyzet van, a beteg legfeljebb együttműködő lehet): visszaélünk védtelen helyzetével. A hagyományos kórházi protokoll általában szisztematikusan törekszik arra, hogy ne kerüljön bele a korábban már említett módosult tudatállapotba a vajúdo nő (Kitzinger, 2008). Csak egy engedelmeskedő, odafigyelő, tankönyvi sémához igazodó (vagy arra törekvő) pácienssel tudnak hatékonyan – többnyire verbálisan – kommunikálni. A túlzott verbális kommunikáció a vajúdás-szülés során a kontroll (fegyelmezettség, alkalmazkodás a szabályokhoz, önkontroll) megtartására irányul. A szülés testi vonatkozásai azonban elválaszthatatlanok a pszicho-erotív háttérüktől: ha nem alakul ki bizalmi kapcsolat, felborul a vajúdás zavartalan előrehaladásához szükséges kényes hormon-egyensúly (Varga, 2015). Ez maga a „nem beszélgetésben levés” állapota: sem a vajúdo, sem a környezete nem tud rugalmasan, figyelmesen haladni a belső folyamattal, valójában nem jön létre befogadás és tükrözés a beszélgető felek között, így egyre távolabb kerülnek a természetestől, a biztonságos, bizalomteli egymásra hangolódástól.

Összegző gondolatok

Jelen tanulmányban nem tértem ki a „szülészeti erőszakra” – a szülés körüli segítő verbális és esetenként akár fizikai agressziójára, mely nagy valószínűséggel szoros összefüggésben van rendszerszintű problémákkal, a gyakran nehéz munkakörülményekkel és e szakterület dolgozóinak sokszor súlyos kiégettségével. Írásomnak nem célja boncolgatni az egészségügyi ellátórendszer anomáliáit sem. Szintén nem tértem ki a vajúdás, szülés során megélt traumatikus élmények szerveződésére (erről lásd Székely, 2016). A kórházakban gyakori aktív

szülésvezetés helyett humánusabb működésmód a háborítatlanságot biztosító szüléskísérés, azaz olyan helyzet biztosítása a szülő nő részére, amelyben önmaga lehet, elengedheti magát tabuk, gátlások nélkül, és átadhatja magát a folyamatnak. Ha – ismét csak Winnicott szavaival élve – a „létezés-bontakozás zavartalan állapota” (Winnicott, 1956, id. Ogden, 2004, 241) jön létre, az nyilvánvalóan hasznos a vajúdó számára. Ha – ellentétben az előbb említett biztonságos megtartó jelenléttel – folyamatos felnőtt kommunikációra kényszerítjük a vajúdót, megszüntetjük a saját belső kommunikációját, önmaga kibontakozásának lehetőségét, a potenciális teret, megzavarjuk a vajúdó, szülés természetes folyamatát. A vajúdó és a környezete közötti kommunikáció leírható akár egy – többértelmű – szóval is: karbantartás (vö. Winnicott „jól tartó környezet”, fogalmával, id. Fonagy, 2004, 255). A szülést kísérő személy feladata azt a fizikai (tehát nonverbális üzeneteket hordozó) környezetet biztosítani, ahol a természet teheti a dolgát. A vajúdó nő így megengedheti magának az önkontroll és bizonyos én-funkciók (pl. realitás-kontroll) elvesztését ebben a biztonságos térben. A szülés körüli segítő teljes személyiségével, mentális és érzelmi jelenlétével, „anyai hajlandóságával” vesz részt a folyamatban.

Ha létrejön az egymásra hangolódás, a „beszélgetés” a vajúdó és a szüléskísérő között, ezáltal létrejön a biztonságos környezet és megszülethet az új jelentés és az együttes élmény, a korábbi történetek újraírása, és az abból transzformálódva megérkező új személyiség – és az újszülött is. Az elég jó befogadó tükrözése által – úgy is, mint elég jó segítő karbantartása által – a szüléskísérő segítségével tud befelé figyelni a vajúdó, így tud szembenézni önmagával, így tudja átadni magát a szülés mindent elsöprő élményének.

IRODALOM

- ANDREK A. (1997). A kompetens magzat. In: Hidas Gy. (szerk.): *A megtermékenyítéstől a társadalomig*. Budapest: Dinasztia.
- BÁLINT M. (1968). *Az őstörés*. Budapest: Animula, 2012.
- BECK, C. T. (2006). Pentadic Cartography: Mapping Birth Trauma Narratives. *Qualitative Health Research*, 16:453-466.
- BUDA B. (1999). Orvos-beteg kapcsolat a nőgyógyászatban és ennek pszichoterápiás lehetőségei (29-33). In: Uő: *A pszichoterápia alapkérdései*. Budapest: Országos Alkoholológiai Intézet és TÁMASZ Alapítvány.
- CSABAI M. – CSÖRSZ I. – SZILI K. (2009). *A gyógyító kapcsolat élménye*. Budapest: Oriold és Társai.

- CSABAI M. – ERŐS F. (2000). *Testhatárok és énhatárok. Az identitás változó keretei*. Budapest: József Műhely.
- ELIADE, M. (1999). *Misztikus születések*. Budapest: Európa.
- ERŐS F. (2004). Bevezetés. A narratív fordulat. In: Uő: (szerk.). *Az elbeszélés az élmények kulturális és klinikai elemzésében (7-11)*. Magyar Pszichológiai Szemle Könyvtár 8, Budapest: Akadémiai.
- FERENCZI S. (1933). Nyelvzavar a felnőttek és a gyermek között. In: Uő: *Technikai írások (1921-33)* (102-112). Budapest: Animula, 1997.
- FONAGY, P. (2004). Winnicott hamis szelf fogalmának újragondolása. A szelf-fejlődés winnicott-i modellje. In: Winnicott, D. W.: *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok (254-272)*. Szerk. Péley B. Budapest: Új Mandátum.
- GERÉB Á. (2010). *Vetélés, perinatális gyermekvesztés és gyász a későbbi szülés tükrében*. Szakdolgozat, Budapest: Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Ápolás és betegellátás szak, Szülésznő szakirány.
- HAJDUSKA M. (2010). *Krizislélektan*. Budapest: ELTE Eötvös.
- HERMAN, J. (2011). *Trauma és gyógyulás*. Budapest: Háttér.
- HÉJJA-NAGY K. (2014). *A szülésélmény vizsgálata a beavatkozások összefüggésében*. Szakdolgozat. Budapest: ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés. Kézirat.
- HIDAS GY. – RAFFAI J. – VOLLNER J. (2013). *Lelki köldöksinór*. Budapest: Helikon.
- KENDE A. (2002). *Az anyaság és a nőiség reprezentációi a szüléstörténetekben*. Doktori értekezés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológia Doktori Iskola.
- KITZINGER, S. (2008). *A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis?* Budapest: Alternatal.
- LARKIN, P., BEGLEY, C. M., DEVANE, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* 25 (2): 49-59.
- LÁSZLÓ J. (2008). Narratív pszichológia. *Pszichológia*, 28(4):301-317.
- LEBOYER, F. (2002). *Gyöngéd születés*. Budapest: Cartaphilus.
- LÉNÁRD K. (2004). A nyelvzavar koncepció hermeneutikai értelmezése. In: Erős F. (szerk.). *Az elbeszélés az élmények kulturális és klinikai elemzésében (123-136)*. Magyar Pszichológiai Szemle Könyvtár 8, Budapest: Akadémiai Kiadó.
- MOLNÁR J. (2015). Posztpartum poszttraumás stressz szindróma. In: Kuritárné Szabó I. – Tisljár-Szabó E. (2015): *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna (203-216)*. Budapest: Oriold és Társai.
- MOLNÁR J. – FRIGYES J. (2012). *A mesterséges megtermékenyítéstől a szülés utáni depresszióig. A szüléset pszichológiai-pszichiátriai problémái és terápiás eszköztára*. Oktatási anyag az azonos című tanfolyamhoz. Budapest: Vadaskert Alapítvány.

- MÜLLER Zs. (2010). Utószó. In: Raphael-Leff, J.: *Más-állapot*. Budapest: Háttér.
- ODENT, M. (2003). *A szeretet tudományosítása*. Budapest: Napvilág Születésház.
- OGDEN, T. H. (2004). A potenciális tér. In: Winnicott, D. W. (2004). *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok* (237-253). Szerk. Péley B. Budapest: Új Mandátum.
- PÉLEY B. (2002). *Rítus és történet*. Budapest: Új Mandátum.
- PIKÓ B. (2005). *Lelki egészség a modern társadalomban*. Budapest: Akadémiai.
- PINKOLA ESTÉS, C. (2006). *Farkasokkal futó asszonyok*. Budapest: Édesvíz.
- RAPHAEL-LEFF, J. (2010). *Más-állapot*. Budapest: Háttér.
- SZÉKELY Zs. (2016). „Ilyenkor szoktam remegni...” – rendhagyó esettanulmány egy kutatási interjú alapján. *Lélekelemzés*, 11(1):79-91.
- SZŐNYI G. (2000). A pszichoterápiák specifikuma: a (pszicho)terápiás kapcsolat. In: Szőnyi G. – Füredi J. *A pszichoterápia tankönyve* (3-52). Budapest: Medicina.
- VARGA K. (2015). A szülés élménye. Út a „jó minőségű” szüléshez, születéshez. In: Pápay N. és Rigó A. (szerk.): *Reproduktív egészségpszichológia* (67-86). Budapest: ELTE Eötvös.
- VARGA K. (2011). Az első életóra a centrális oxitocin tükrében. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 74(5):14-18.
- VARGA K. – SUHAI-HODÁSZ G. (2000). *Szülés és születés. Lélektan innen és túl*. Budapest: Pólya.
- VARGA K. – ANDREK A. – HERCZOG M. (2011). A várandósság és a szülés pszichológiai vonatkozásai és társadalmi beágyazottsága. In: Danis I. – Farkas M. – Herczog M. – Szilvási L. (szerk.): *A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei*. Biztos Kezdet Kötetek 1. (230-281). Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- WELLES, J.K. – WRYE, H.K. (1991). The Maternal Erotic Countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 72:93-106.
- WINNICOTT, D. W. (1958). Az egyedüllét képessége. In: Uő: *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok* (114-119). Szerk. Péley B. Budapest: Új Mandátum.
- WINNICOTT, D. W. (1965). Gondoskodás a gyermekről egészségben és válságban. In: Uő: *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok* (126-132). Szerk. Péley B. Budapest: Új Mandátum.
- WRYE, H.K. (1996). Dead Babies and The Birth of Desire: Maternal Erotic Transferences and Countertransferences. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 24(1):75-94.

* * *