



Ornella Piccini

Az anya teste, az öröm szerepe az anya-csecsemő kapcsolatban és a trauma kockázata*

Freud (1905) az anyai testtel kapcsolatos kérdést: „Honnan jön a baba?”, egyfajta „Szfinx rejtélyének” tekinti, amely minden egyes embert foglalkoztató kérdés. És bár a terhesség kérdésköre munkáiban többször is előfordul, valójában soha nem néz szembe ezzel a témával – és általában a mainstream pszichoanalízis továbbra is hajlamos figyelmen kívül hagyni a kérdést. Kevés pszichoanalitikus írt az anya és a gyermek szülés/születés-élményéről, és Rosemary Balsam ezen kevesek egyike. *Women’s Body in Psychoanalysis* (2012) című könyvében Balsam a kérdéssel foglalkozva végigköveti Freud élete-munkássága és a női testek között zajló narratívát, kiemelve, hogy hogyan hagyta el a női biológia iránti kezdeti kíváncsiságát, és hogyan engedett a szexuális fejlődéssel kapcsolatos fallocentrikus nézőpontnak.

A „pszichoanalízisben eltűnt a terhes test”, ahogy Balsam (2012) fogalmaz, és „nagyon furcsa, hogy a gyermekvállalásnak és a szülésnek nincs helye a pszichoszexuális elméletben, miközben úgy gondoljuk, hogy a szexualitás nem választható el az anyaságtól, és az anyaság a szexualitásból ered”.¹ A terhesség vagy a szülés testi élménye, ha a gyönyör szemszögéből nézzük, gyakran a fallosz helyettesítőjévé válik, és így a nők testi gyönyöre mazochizmussá alakul (Deutsch, 1944/1945). Bár a péniszirigység fogalma elavult, nincsen helyette újabb fogalom. A női test biológiája és az élet ebből való eredete az idők kezdete óta olyan megkérdőjelezhetetlenül izgalmas kérdés, hogy évezredek át befolyásolta az emberek gondolkodását. A női testet azonban mind az elméletben, mind a klinikai terápiás gyakorlatban elégtelenül tanulmányozták; ritkán gondolunk arra, hogy mit éreznek a nők a terhesség alatt vagy a szülés különleges pillanatában. Karen Horney (1926/1996) így emlékszik erre:

„Ennél a pontnál én, mint nő, hadd kérdezzem meg némi csodálkozással: És az anyaság? Az örömteli tudat, hogy új életet hordozunk magunkban? A kis jövevény

* Eredeti megjelenés: Ornella Piccini: The mother’s body, the role of pleasure in the mother–infant relationship, and the traumatic risk. *International Forum of Psychoanalysis*, 2021, 30(3): 129-138.

<https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1946140>. A magyar fordítás a kiadó szíves engedélyével készült.

¹ A szerző idevonatkozó tanulmánya tavaly jelent meg „Szülés-születés” című tematikus számunkban: http://imagobudapest.hu/images/lapszamok/2022_4/3-Balsam.pdf (A szerk.)

megjelenését övező fokozott várakozás leírhatatlan boldogsága? Az öröm, amikor végre előbújik a gyermek, és elsőként tarthatjuk karjainkban? A mélyről jövő boldogító elégedettségérzet, amikor szoptatjuk? Az anyai gondozást igénylő csecsemőkor teljes időszakának boldogsága?” (12.)

A női biológia sajátosságai, amelyek az anyaság testet öltő tapasztalatával kapcsolatosak, szerepet játszanak az anya-gyermek kapcsolattól függő pszichés fejlődésben. Napjainkban az idegtudományi vizsgálatok gazdagították ezt a látásmódot, leírva, hogy az anya és a gyermek között neurofiziológiai alapú kölcsönös affektív szabályozás van, amely a méhen belüli élettől kezdődően, a korai kötődésükben végbemenő folyamatos szinkronizációk eredménye (Schore, 2002a, 2005; Tronick, 2007). A szülés egy nagyon sajátos forgatókönyv szerint zajlik, ahol megfigyelhetjük a szinkronicitás mintáinak kezdetét, amelyek megnyitják az utat a kölcsönös affektív szabályozás előtt. A gyermek első életévében ezek a szinkronizációk hozzájárulnak a döntéshozatali folyamatokban részt vevő jobb orbitofrontális kéreg és az érzelmi folyamatokban részt vevő limbikus rendszer struktúrái közötti kapcsolatok kialakulásához, amelyek aztán a belső állapotok autoregulációs és mentalizációs képességében konvergálnak (Bateman & Fonagy, 2016; Schore, 2000). A limbikus rendszerünk állapota és jó homeosztatisz egyensúlya befolyásolja a gondolkodási képességünket.

Az anya csecsemője iránti reagálókészségéről elsősorban a következők szerint szoktunk gondolkodni: ez a folyamat a csecsemő szükségleteire való ráhangolódás, a saját anyjával való személyes azonosulási folyamatok, a saját szüleihez való kötődése típusa – vagyis, általában véve a csecsemőjéről való gondolkodás képessége – következményeként jön létre. Valójában jól ismert tény, hogy a tudattalan elemek intergenerációs átadása történhet egyik generációról a másikra, és a gyermekkori traumával küzdő szülőknél fennáll a veszélye annak, hogy rosszul bánnak a gyermekeikkel. Az anyaság azonban egy állandóan változó folyamat is, amelyet egy tranzakciós és egy transzformatív időszak jellemez: kevés olyan élmény van egy nő életében, amelynek átalakító ereje nagyobb lenne, mint a terhességé és az anyaságé (Cohen & Slade, 2000). Ebben a folyamatban számos tényező játszik szerepet, így például az én és a testkép fogalma, a családi támogatás mértéke, a munkahelyi fizetett szülési szabadságra vonatkozó lehetőségek (ez a pont ténylegesen befolyásolhatja, hogy az anyának van-e lehetősége arra, hogy az újszülöttel való szimbiózis állapotának lassabb, hosszabb időszakába beleengedje magát). Befolyásolnak továbbá a női test kulturális megközelítésével, valamint a *technika* és a test medikalizálásának hatásaival kapcsolatos általánosabb tényezők. Ezek az anyasággal kapcsolatos témák nagyon is releváns és aktuális témák a mai társadalomban.

Meg kell vizsgálnunk, hogy milyen összetett tényezők jelentenek kihívást, és melyek könnyítik meg az anyává válás folyamatát. Hogyan alakítható át az anya múltja és a saját anyjával kapcsolatos tapasztalata egy jobb jövővé? Nem minden „rossz anya” lánya válik olyan anyává, mint a saját anyja (Schechter, 2017). Milyen részletek jelentik a különbséget? Tanulmányomban azt szeretném leírni, hogy az anya és gyermeke közötti neurofiziológia megértésének tiszteletben tartása hogyan válhat védőfaktorrá, hogyan hathat az, ami egy nő testével történik, amikor terhes, és hogyan befolyásolhatja az anyává válást az a tapasztalat, amit az általa megélt testről szerez.

A szülés és a korai anya-gyerek kapcsolat

1994-ben az *International Forum of Psychoanalysis*-ben megjelent egy rendkívül innovatív tanulmány „The neurobiology of infant-parent interaction in the newborn: an introduction” (Kjellmer & Winberg, 1994) címmel, amelyben a szerzők azt írták:

„E cím alatt olyan rövid beszámolókat kívánunk közzétenni más területekről, amelyekről úgy gondoljuk, hogy új, kreatív ötletekre serkenthetik a pszichoanalitikusokat. Ezek a rövid bepillantások arra is ösztönzést adhatnak, hogy lássuk, mennyire kompatibilisek pszichoanalitikus elméleteink más tudományok eredményeivel.” (194.)

Ebben a tanulmányban a biológiai, szülészeti és neonatológiai szempontokat vesszük figyelembe az anya és csecsemő közötti interakció megértésének gazdagítása érdekében. Például hogy az anya és gyermeke születéskori szétválasztása hogyan befolyásolja az ön- és társas érzelemszabályozást; de ide tartozik a különböző gondozási-gondoskodási gyakorlatok, például az újszülöttel való együtt alvás leírása is. Ez utóbbi egy nagyon új nézőpont, amely a gyermekgondozást antropológiai szempontból elemzi. A perinatális időszak az emberi élet egyik legkritikusabb időszaka, ahol epigenetikai mechanizmusok közvetítik az anyai gondoskodás hosszú távú hatásait a fejlődésre (Champagne, 2018). A fogantatástól kezdve, valamint a terhesség és a szülés során sajátos neurofiziológiai folyamatok, a sajátos hormonális egyensúlyi állapotokkal lehetővé teszik az egyidejű neurotranszmitterek felszabadulását a szinkron viselkedésminták aktiválása érdekében. Evolúciós szempontból ezek a folyamatok azt szolgálják, hogy a lehető legjobb ellátást biztosítsák a faj alkalmazkodásához.

Az egyik legfontosabb pillanat, amikor ezeket a szinkron viselkedésmintákat megfigyelhetjük, a szülés-születés, anya és gyermeke első találkozása, amikor mindketten szemtől szemben, bőr-bőr kontaktusban vannak, és felfedezik egymást. Ezeket a pillanatok² általában „bonding”-nak vagy „imprinting”-nek nevezik, ami lényegében egy kapcsolat megpecsételését jelenti. Ez a folyamat egészen távoli hullámokat vet: számos olyan hatást vált ki, amelyek segítik az újszülött alkalmazkodását a világhoz és az anya kapcsolódását a csecsemőhöz. Feldman a „The nature of the mother’s tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss” (Feldman et al., 1999) című írásában a kötődési viselkedések összefüggéseit tárja fel: a szülés-születés módja és az anya fizikai közelsége vagy távolsága közvetlenül a szülés után erőteljes befolyásoló tényezők a kötődés kialakulását illetően, melyet ő nem rendszerként, hanem folyamatként értékel. Az interakciós minták megtapasztalásának lehetősége, például a bőr-bőr kontaktus, a szoptatás és az érintés gyakorisága közvetlenül befolyásolják a kialakuló kötődést. A *Pediatrics* című lapban – mely az egyik legtekintélyesebb nemzetközi orvosi folyóirat – megjelent fontos kutatási beszámolóban a születés utáni bőr-bőr kontaktus hatásainak vizsgálatáról olvashatunk (Ferber et al., 2004). A kutatók

² A születési utáni első – minimum egy, de ideális esetben két-négy – életórát „aranyórának” nevezzük, pontosan a tanulmányban is leírt folyamatok jelentősége miatt. Csak akkor tud létrejönni, ha az anya-újszülött egysége teljesen zavartalan. (*A ford.*)

összehasonlították az anyával közvetlenül a születés után bőr-bőr kontaktusba került újszülöttek csoportját a standard ellátásban részesült újszülöttek csoportjával (a standard ellátás során az újszülöttet általában elválasztják az anyától). A korai és folyamatos bőr-bőr kontaktusban részesülő újszülöttek állapota gyorsabban rendeződött, több hajlító mozgást végeztek és jobb volt az általános test-tónusuk, valamint később nyugodtabban aludtak.

Ezek az új eredmények lehetőséget adnak az anya-gyermek kapcsolat és a kötődés természetének alaposabb megértésére, illetve további kérdések – és megválaszolásuk – felé irányítanak minket arra vonatkozóan, hogy milyen erőforrásokat aktivál az első anya-gyermek találkozás, amelyek lehetővé teszik az anya korábbi belső pszichés szerveződésének átalakulását is. Általában az anyának a saját anyjával való azonosulási folyamata érdekel bennünket, de arra is figyelniünk kell, hogy a terhesség és a szülés során átélt valós testi tapasztalatok hogyan befolyásolhatják és alakíthatják át ezeket a korábbi tapasztalatokat, és változtathatják meg a csecsemő gondozásának módját. Például az a támogatás, amelyet az anya a szülés után a babával való korai kapcsolata során a szakemberektől kap, hathónapos korban javítja az anya-baba ko-regulációt [közös érzelmi-idegrendszeri szabályozást] (Neu & Robinson, 2010).

Az öröm szerepe az anya-gyermek kapcsolatban

Margarete Hilferding, az első női pszichoanalitikus, aki felvételt nyert a Bécsi Pszichoanalitikus Társaságba, „Az anyai szeretet alapjairól” tartott előadást a társaságnak (Nunberg & Federn, 1963, 118-125.). Előadásában amellett érvelt, hogy az anyai szeretet nem veleszületett, hanem a terhesség és a szülés alatti szexuális örömezés lehetőségének következménye. Azt állította, hogy a gyermek számára a szexuális kérdés nem az ödipális szakaszban merül fel először, hanem jóval korábban: a gyermek születésétől kezdve elmerül az anyával való szexualitásban. A szexualitás nem csak genitális szexualitás, és nem is csak az orális vagy anális fejlődési szakaszban jelentkezik, hanem a testhez kapcsolódó örömteli folyamatok összessége egy másik testtel való kapcsolatban.³

Kirsch és Buchholz (2020) egy nemrégiben megjelent tanulmányukban az oxitocin hormon – mint kötődést beindító kémiai hírvivő – szerepét elemezve megpróbálták kapcsolatot felvázolni az affektív idegtudomány, a kötődélmélet és a freudi ösztönök között. A szerzők szerint az anya-csecsemő közötti interakció fiziológiájáról szerzett új ismeretek lehetővé teszik, hogy túllépjünk a pszichoanalízis és a kötődélmélet közötti „ellenséges viszonyon” (317.). A szerzők szerint létrejöhet egy komplexebb szemléleti keret, egyfajta konvergencia a freudi elgondolás – az ösztönök, a tudattalan és a vágykielégítése szerepéről – egyfelől; valamint az ösztönös viselkedés és a kötődés szoros kapcsolatának feltevése között másfelől. Az ösztönök, az örömkérés, és vágykielégülés elve találkozhat a párkapcsolat nyújtotta hedonisztikus örömmel –

³ Vö. az anyai erotikus áttétel–viszontáttétel fogalmával. Erről összefoglaló tanulmány olvasható korábbi lapszámunkban (Székely, 2016, http://imagobudapest.hu/images/lapszamok/2016_3-4_Gyogyito-kapcsolat-es-empatia_Kollektiv-aldozattudat/Imago_Bp_2016_3-4-szam_pp041-56_Szekely-Zs.pdf (A ford.))

mindezen folyamatok tekintetében pedig az oxitocin hormon működése lesz a magyarázó tényező.

Az oxitocin egy fontos neuropeptid, az úgynevezett „szeretethormon”, amely a kötődési viselkedés kialakításában, a felnőttkori szerelmi kapcsolatokban és az anya-csecsemő közötti interakció számos viselkedési mintázatában egyaránt szerepet játszik. Az oxitocin hatásának egyik jellegzetes vonása a pulzáló, ritmikus felszabadulás; ez teszi lehetővé az érintéseket, egymásra nézést kísérő testi örömrészt. Az oxitocin egyfajta érzelmi hullámként hat, amely a testi érintkezést kíséri. Valójában az oxitocinnak egyszerre kell felszabadulnia mindkét résztvevő esetén – az anyában és a gyermekben egyaránt – az érzelmi érintkezés során ahhoz, hogy izokronális pozitív érzelmet idézzon elő (Feldman & Eidelman, 2007). Az oxitocin másik fontos hatásmechanizmusa az öngerjesztő mechanizmus, amely szerint az oxitocin felszabadulása közvetlenül további oxitocin felszabadulásához vezet. Minden egyes korai testi örömrészt fízológiasan segíti elő az öröm újabb élményeit. Emiatt az oxitocin felszabadulását az anya és csecsemő közötti kötődés kialakulásának meghatározó tényezőjének tekintik (Kirsch & Buchholz, 2020).⁴

Az egyik legfontosabb pillanat, amikor az oxitocin hatását megfigyelhetjük, a szülés utáni első óra, amikor az anya és a gyermek először találkozik. Közvetlenül a szülés-születés után, az oxitocin pulzáló felszabadulásának köszönhetően az anya és a gyermek olyan felfokozott örömrészt éreznek, amelynek erőssége, intenzitása és kémiai összetétele is bizonyítottan összehasonlítható az orgazmus keltette gyönyör-érzettel. Ez lehetővé teszi az anya és a gyermek számára, hogy átéljék a találkozás örömrését, az öngerjesztő mechanizmusok pedig elősegítik a további örömrészt, az oxitocin egyre több receptorának aktiválódása révén. Az oxitocin felszabadulása azonban csak meghatározott feltételek mellett lehetséges, az anyának és a csecsemőnek intim, meleg és védelmet nyújtó térben kell elhelyezkednie, a zavaró tényezők kizárásával; ilyenek lehetnek a vajúadás során a nőnek adott kémiai anyagok, más emberek zavaró jelenléte az anya és a gyermek első és kizárólagos egymásra találásakor, vagy akár a vajúadás során elszennvedett félelem. Abban az esetben, ha a szülés nehéz vagy medikalizált volt, vagy ha a babát elválasztják az anyától, az oxitocin nem szabadul fel optimális módon, mivel az oxitocin „félénk hormon”, azaz felszabadulásához testi kontaktus és intimitás szükséges. Így a szülés-születés döntő és érzékeny momentummá válik az örömrészt egymásra hangolódás (szinkron) létrejötte szempontjából.

Az élet első időszakában, a születéstől kezdve az oxitocin neuronális-idegrendszeri kölcsönhatások hálózatát hozza létre, felerősíti az emlékezőképességet növelő érzékelést, biztosítja, hogy ami jó élmény, az emlékké váljon, és növeli a veszély felismerésének és elkerülésének kompetenciáját is (Uvnäs- Moberg és mtsai, 2019). Az oxitocin szintje közvetlenül a szülés után összefügg a szoptatás sikerességével. A szoptatás növeli az anya és csecsemő közötti szinkronizáció lehetőségét, mivel az anya mellében és a csecsemő szájnyálkahártyájában megfelelő szenzoros idegek vannak jelen, amelyek a szoptatás során egyidejűleg aktiválódnak. A szerelmi érzékek valóban megfelleltethetőek a testi-idegrendszeri érzékszerveknek. Továbbá, a

⁴ Lásd erről még pl. Michel Odent: *A szeretet tudományosítása*. Budapest: Napvilág Kiadó, 2003. E számunkban Vámos Julianna írásában is találunk vonatkozási pontokat e témához. (A szerk.)

menetrendhez kötött táplálással szemben a hosszútávú szoptatás⁵ magában foglalja a kölcsönös arckifejezéseket és ezen keresztül a kommunikáció megnövekedett mértékét is. Ez pedig, a kutatások szerint összefüggésbe hozható a gyermek érzelmi-teszt kifejezésekre való reagálóképességének erősödésével (Krol és mtsai, 2015).

Az anya-csecsemő interakció eme fontos neurofiziológiai mechanizmusai lehetővé teszik, hogy szemügyre vegyük az öröm és az örömszerző folyamatok szerepét a kapcsolatok keresésének motivációjában (Kringelbach, 2005). Az anya testi öröme tehát szerepet játszik a csecsemővel kialakuló kapcsolatában, anélkül, hogy ez feltétlenül nárcisztikus vonás vagy a hiányzó fallosz pótlása lenne. Másfelől, könnyen belátható az is, hogy minden alkalommal, amikor a szülés-születés körülményei nem kedvezőek, vagyis amikor a terhesség vagy a szülés során komplikáció lép fel, ezek a fontos támogató folyamatok sérülnek. Ha egy anyának nincsenek jó tapasztalatai a szülésről, ha olyan komplikációk lépnek fel, amelyek megzavarják az első anya-csecsemő interakciókat, vagy ha az anyát és a gyermekét elválasztják egymástól, mindez olyan zavaró élményt jelenthet, amely az anya-csecsemő kapcsolat alapjait érinti. Newton (1992) leírja a „szexuális válaszkészség, a szülés és a szoptatás közötti kölcsönös összefüggést”, kiemelve, hogy a női szexualitás teljességéhez hozzátartozik a szülés és a szoptatás is, és hogy „ami a szülőágyon⁶ történik, nagyon is releváns a későbbiekben, a hitvesi ágyban zajló történésekkel kapcsolatban”. A szerző szerint „az anya-baba kapcsolat örömforrásai szoptatás hiányában körülbelül egy olyan házassághoz hasonlóak, amelyben nincs örömteli szexualitás, legalábbis ami a folyamatok fiziológiáját illeti.” (317.)

A baba szemszögéből nézve, fel kell tennünk a kérdést: Vajon milyen hatással lehet rá az, ha öröm nélkül születik? Befolyásolhatja-e a baba válaszkészségét és ezáltal az interakciót? Ahogy Kjellmer és Winberg (1994) érvel:

„A születés körüli alkalmazkodóképességünkkel kapcsolatos tényszerű ismeretek gyéren állnak rendelkezésre. Ezt egy hétköznapi problémával lehet szemléltetni: amikor a csecsemő éjszaka sír a gyerekszobában, és cumival vagy tápszeres üveggel nyugtatják, vajon ez az a fajta inger, amit a baba agya »elvár«? És ha nem, akkor vannak-e negatív következményei? Minden csecsemő érintett, vagy csak néhány – a legveszélyeztetettebbek – vagy egyikük sem? A szoptatás az anya és a gyermek kölcsönös, összetett érzékszervi kommunikációjának sorozatán keresztül jön létre. A magas sikertelenségi arány, még a szoptatni akaró anyák esetében is, az alapvető, életfenntartó folyamatok törékenységét mutatja. [...] Számos viselkedési eltérés (a gyermek elhanyagolása, bántalmazása, abnormális féltékenység, figyelemzavar, hiperaktivitás, kólika, alvási és étkezési zavarok stb.) eredete ismeretlen. Vajon visszavezethetők-e mindezen problémák egy inherens napirend felborulására-megzavartságára?” (196.)

⁵ Mely egyben igény szerinti szoptatás is ezek szerint. (A szerk.)

⁶ Az eredetiben „*delivery table*”, tükörfordításban „szülészeti műtőasztal”, ami jól illusztrálja a szülés medikalizált helyzetét. Magyarban talán szülőszobát mondanánk, melyben a „zárt ajtó mögött” és „hálószobatitkok” párhuzamos jelentéstartalom sejtethető. (A ford.)

Újabb és újabb kérdések merülnek fel: Vannak-e társadalmi és kulturális feltételei annak, hogy a nők örömet érezzenek, amikor anyává válnak? Vannak-e olyan eljárások a szülészeti ellátás során, amelyek kedveznek az öröm folyamatainak?

A medikalizáció hatása az anyává válásra

A szülővé válás olyan állapot, amelyet számos társadalmi és kulturális tényező befolyásol. Napjainkban az egyik legfontosabb értékelendő tényező a „technológia” testre gyakorolt hatásával kapcsolatos. A szülés körüli orvosi ellátásban bekövetkezett technológiai változások erőteljes hatását a nőkre és saját anyasághoz való viszonyukra csak kevés pszichoanalitikus szerző vizsgálta, egyikük Joan Raphael-Leff. *Psychological Processes of Childbearing* című könyvében (1991) a szerző leírja, hogy mennyi környezeti tényező befolyásolja a nők terhességi és szülés élményét, különös figyelmet fordítva „a szülés helyszínére és folyamatára különböző kultúrákban, kórházban és otthon” (252.). Kiemeli az érintett szakemberek szerepét, a medikalizáció beavatkozását az anyává válás természetes és spontán folyamatába. Raphael-Leff (1991) a technológiai változásoknak a nőkre és az anyasághoz való viszonyukra gyakorolt hatását vizsgálva így érvel:

„Míg korábban a szex és a terhesség elválaszthatatlanul összekapcsolódott, a hatékony fogamzásgátlás, a mesterséges megtermékenyítés és az abortuszhoz való szabad hozzáférés olyan új légkört teremtett, amelyben a női szexualitás potenciálisan megszabadul a reprodukciótól, és mind a szex, mind a gyermekvállalás függetleníthető a házasság társadalmi intézményétől.” (3.)

Ez a tényező vitathatatlanul javította a nők társadalmi helyzetét, ugyanakkor a nő belső világában potenciális szétválást eredményezett a szexualitás és az anyaság között. Az anyává válás folyamata egyben női szexuális folyamat is. A perinatális pszichológia területén számos tanulmány vizsgálja a szexualitás, a szülés és a szoptatás kapcsolatát, megállapítva, hogy mindegyiknek szüksége van egy intim térre, amelyet azonban érzéketlen külső tényezők megzavarhatnak (Newton, 1992). A külső tényezőket egyfajta „nem-érzékeny testközelítésként” azonosíthatjuk, amelyben a testet objektív módon méri vagy megfigyelik. Mivel a szülés napjainkban többnyire egy jól bejáratott kórházi rutin-ellátásba illeszkedik, amelyben a nő orvosi megfigyelés alatt áll, testi működését monitorozzák és gyorsan kiértékelik, ezért gyakran hiányzik a testről való gondolkodás tere.

Az orvosi segítségnyújtás csökkentette az csecsemőhalálozást, és javított néhány mutatón, például növelte a kis súlyú gyermekek túlélését, de az anyát és a gyermeket érintő orvosi beavatkozások száma folyamatosan nő. Itt az anya testén végzett beavatkozásokra is gondolok, mint például a császármetszés, az epidurális beavatkozások és gyógyszeradagolás, valamint a gyermek testén végzett beavatkozások, többek között a koraszülés, gyógyszeradagolás, újraélesztés vagy termikus inkubátor használata. Mindez a kapcsolat szempontjából azt jelenti, hogy sok gyerek kényelmes és intim élmény nélkül, az anyával való bőr-bőr kapcsolat nélkül jön a világra. Ez az anyával való elsődleges testi tapasztalat hiányát, valamint magas

szintű stresszt és félelmet jelent a csecsemő első tapasztalataként. Egy élet megmenthető, de az integritásérzet sérülhet. Mit jelent ezen integritás hiánya az élet eredetére nézve? Milyen hatással lehet az anya-gyerek kapcsolatra, ha a szülés az anya és a csecsemő közti első találkozás öröme nélkül történik?

Napjainkban a szülés primitív és archaikus folyamata a legtöbb nő számára elsősorban orvosi beavatkozássá válik, amely nemcsak mélyen beavatkozik abba, aminek kizárólagos kapcsolatnak kellene lennie, nevezetesen az anya és gyermeke közötti kapcsolatba, hanem gyakran traumát okozhat (egy valóban traumatikus eseményt), mind az anya, mind a gyermek számára. Az Egyesült Államokban – bár más fejlett országokban sincs ez másképp – sok nő számol be arról, hogy a szülés élménye traumatikus volt (Almagro és mtsai., 2019). Egyes országokban a császármetszés a leggyakoribb módja a szülésnek (Elmir et al., 2010). A császármetszés lehet olyan élmény is, amely a nő testének integritását sérti, és fontos lenne, hogy az egészségügyi szakemberek gondoskodjanak erről a sérülésről is. A nőt körülvevő környezet felügyelete döntő szerepet játszik ennek az élménynek a hatásában. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) felhívta a figyelmet erre a helyzetre és a túlmedikalizáció csökkentésének szükségességére, kifejezve és definiálva a „szülészeti erőszak” fogalmát:

„...a nők testének és reprodukív folyamatainak az egészségügyi személyzet általi kisajátítása, ami megnyilvánulhat tárgyiasító, embertelen kezelésben, gyógyszerrel való visszaélésben, és ami a természetes folyamatokat patológiássá alakítja, az autonómia és a testükről és szexualitásukról való szabad döntés képességének elvesztését okozva, és végső soron negatívan hat a nők életminőségére.” (WHO, 2014)

A szülés olyan folyamat, amely elkerülhetetlenül átlépi a női test határait, és intimitást von maga után, például meztelenséget mások előtt, hüvelyi vizsgálatot stb. Amennyiben a nő negatív érzéseket él át a saját teste feletti kontroll elvesztése miatt, vagy ha a fájdalom vagy a sérülések annyira felfokozottak, vagy azzal az érzéssel társulnak, hogy „mások kezében van”, nagy a valószínűsége annak, hogy traumát szenved el. Számos szerző vizsgálja a szülést mint sok nő számára traumatikus és romboló élményt (Coates et al., 2014; Lokugamage & Pathberiya, 2017). Az utóbbi időben nagy mennyiségű szakirodalom írja le a szülés utáni poszttraumás stresszbetegséget (PTSD)⁷, amely a szülés körülményeinek (Reed, et al., 2017) és az anya korábbi belső világának kereszteződéséből adódik (Ayers et al., 2016). Ismert, hogy az anyai depresszió befolyásolja a kötődést. Winnicott „Birth memories, birth trauma and anxiety” (1949) című tanulmányában arról beszél, hogy a gyermek pszichéjének fejlődése szempontjából figyelembe kell venni a születés körülményeit, az anya kompetenciájának fejlődése szempontjából pedig az anyát körülvevő támogató környezetet. Úgy gondolja, hogy a körülmények, amelyek között a szülés zajlik, egy életre nyomot hagynak, és hangsúlyozza az anyát körülvevő egészségügyi személyzet érzékenységének fontosságát az anya kompetenciájának kifejeződése szempontjából.

⁷ Posztpartum poszttraumás stressz szindróma, ppPTSD, lásd pl. Molnár Judit: Posztpartum poszttraumás stressz szindróma. In: Kuritárné Szabó I. – Tisljár-Szabó E. (szerk.), *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna*. Budapest: Oriold és Társai, 2015, 203-216. (A szerk.)

Nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy ez a „nyom” traumatikus nyom is lehet, és a szüléssel kapcsolatos szomatikus emlékezetre is hatással lehet.

Szülés utáni depresszió vagy (fel nem ismert) PTSD?

A szülés utáni depresszió (PPD) egyre gyakoribb jelenség, amelyet sok nő tapasztal a szülése után, de a pszichoanalízis kevésbé érdeklődött e téma iránt (Blum, 2007). Amikor egy jelenség kiterjedt méreteket ölt, nem lehet csak az egyéni történet szempontjából analizálni, hanem szélesebb, a társadalmi szempontokat is magában foglaló szemléletre van szükség. A PPD-t általában csak az anya pszichés eszközeinek és belső konfliktusainak megfigyelésével vizsgálták. Az egyik legfontosabb hozzájárulást Blum (2007) kínálja. Ő három tipikus konfliktust határoz meg, amelyek a PPD-s anyáknál jelentkeznek: a függőségi konfliktusokat, a dühkonfliktusokat és az anyasági konfliktusokat. Az anyát körülvevő környezet analízise többnyire hiányzik a szakirodalomból. A kérdéssel Besser (Besser és mtsai, 2008) foglalkozik egy szisztematikus áttekintést nyújtó publikációjában, rámutatva, hogy a pszichoanalitikus irodalom nem veszi figyelembe mindazokat a pszichodinamikus szempontú empirikus vizsgálatokat, amelyekben lehetséges megfigyelni a szülés utáni jelenségeket. Leírja, hogy a tünet valóban indulhat a depresszió vagy a düh érzéséből. De a különbséget az anyát körülvevő környezet és a társas támogatásra való hagyatkozás lehetősége jelentheti. A bekövetkezett mélyreható változások, a nagyfokú medikalizáció stb. fényében felmerül a kérdés, hogy a PPD jelensége értelmezhető-e úgy is, mint azoknak a körülményeknek az egyik következménye, amelyekbe egy nő kerül akkor, amikor anyává válik. Sok tanulmány vizsgálta a szülésből eredő PTSD-t, amely nagyon fontos kérdés, és számos következménnyel jár a nők mentális egészségére nézve (Ayers, és mtsai, 2016; Witteveen, és mtsai, 2020).

Ha a szülés félelemmel és/vagy fájdalommal járó élmény, ha a nő teste szenved, ha megvágják, vagy ha tapintatlanul bánnak vele, akkor figyelembe kell vennünk, hogy ez egy szörnyű, felkavaró élmény lehet, amely végül oda vezet, hogy a múltbeli negatív élmények újra aktiválódnak, és ez a folyamat meglehetősen túlterheli a leendő anyát. A másik oldalon, a nehéz születés által túlzottan megterhelt gyermek hipertóniás vagy hipotóniás lesz, de legalábbis semmiképp nem lesz nyugodt. Sokat fog sírni vagy sokat fog aludni – mindkét állapot akadályozza az anyamellel való jó kapcsolat kialakítását és fenntartását. Például traumatikus szülés esetén a szoptatás nehezebb lehet (Beck & Watson, 2008), a baba nagyobb igényt támaszthat a szopásra, hogy az ilyen nehéz szülés okozta stresszt csillapítsa, ugyanakkor az anya ezt úgy értelmezheti, hogy ez az elégtelen – tápanyagszegény – anyatej miatt történik stb. Más félreértések is lehetségesek. Könnyen belátható, hogy az az anya, aki fáradt a vajúdástól és a szüléstől, fáj a teste, sokkal aggodalmasabb lesz, vagy kevésbé képes megbirkózni a babája ezen reakcióival. Az anya szülés utáni érzéseit vagy például a PPD egyes epizódjait talán egyrészt ennek a sajátos medikalizációs kontextusnak, másrészt a szakemberek, családtagok és általában a társadalmi környezet elismerése hiányának a fényében lehetne megérteni, ami magára hagyja a nőt saját anyai identitásának keresésében.

Szomatikus emlékek és traumatikus kockázat

A traumával kapcsolatos élettapasztalat gyakran „bezárva” marad a testben, és az élet különböző pillanataiban újra aktiválódhat. Az anyává válás folyamata megköveteli azt, amit Stern a nő saját anyjával és testével kapcsolatos tapasztalatai „reaktiválásának és újjászervezésének” nevez (Stern, 1995), az összes kapcsolódó viszontagsággal (szexuális fejlődés, szexuális tapasztalat) együtt. Ahogy Stern érvel: „Itt a jól bevált reprezentációk is belekerülnek a változásnak ebbe a szülés utáni olvasztótégelyébe. Leggyakrabban a saját anyjáról alkotott sémák új vagy legalábbis jobban kidolgozott és megértett hálózatai jönnek létre” (1995, 28-29.). Annak értékelése, hogy a szülés élménye hogyan befolyásolhatja ezt a reaktiválódást, szinte teljesen hiányzik a pszichoanalitikus irodalomból.

A szélsőségesen erős szülési fájdalmat az egyik fő tényezőként azonosították, amely megzavarja az anya azon képességét, hogy a szülés utáni első órákban szinkronizálódjon a babával (Ferber & Feldman, 2005). A szülés maga az a keresztút, ahol a fiziológiai, pszichológiai és érzelmi tényezők egy sajátos integrációs folyamatba futnak össze, amely képes meghatározni egy sor távolabbi hullámokat is vető hatást. Ez egy értékes lehetőség, amelyben a testnek, a pszichének és az érzelmeknek együtt kell működniük, hogy lehetővé tegyék a baba megszületését. Egy fiziológiailag normális szülésnél az integrációnak ez a szintje spontán módon következik be.

Az elmúlt néhány évben számos tanulmány vizsgálta az orvosi szakterületen azt a kényes kérdést, hogy a gyermekkori szexuális bántalmazáson átesett nők olyan orvosi beavatkozásoknak vetik alá magukat, amelyek intim testrészek „kezelésével” járnak, vagy amelyek a testet felfedik (Leeners et al., 2016). A legtöbb ilyen esetben a nők nem beszélnek múltbeli traumájukról az egészségügyi személyzettel, és az egészségügyi személyzet sem ismeri el ennek lehetőségét. Amikor a szülés jó élmény, a saját testének teljes részvételével, amelyet kompetensnek, életet adni képesnek érzékel, a nő először érezhet „valami” élettelit és jót a testéből, különösen az intim testrészeivel kapcsolatban. Ez egy új, építő élményt jelenthet, amely képes belülről átalakítani a saját test állandó veszélyérzetét, melyet a korábbi visszaélések alakítottak ki. Ez új kezdetet jelenthet egy gyermekkorbántalmazáson átesett nő számára. Viszont ha az egészségügyi személyzet érzéketlenül bánik vele a testi kiszolgáltatottság egy pillanatában, például meztelenségében vagy egy belső hüvelyi vizsgálat során, akkor a gyermekkorbántalmazás újrajátszása is előfordulhat a szülés során, ahogyan azt Montogomery és munkatársai (2015) egy, a témához kapcsolódó cikkben megjegyzik.

Emellett az anya teljes testi bevonódása a csecsemő gondozásába az első életszakaszban olyan élmény, amely egyidejűleg elkerülhetetlenül reaktiválja a test által egy életen át megélt tapasztalatokat is, és bántalmazás esetén ez igen nyomasztó lehet.

A mell emlőmirigyei például ugyanolyan típusú mirigyek, mint amelyek a csiklóban találhatóak; ez lehetővé teszi a szoptatás során a testi öröm átélését, de a testi öröm nem minden nő számára jelent feltétlenül békés, pszichés konfliktusoktól mentes érzést. Egy olyan nő számára, akinek a múltjában gyermekkorbántalmazás történt,

ez nagyon zavaró tényező lehet. Sok nőnek, aki gyermekkorában szexuális bántalmazást élt át, nehézségei vannak a szoptatással. Mivel a szoptatás testi intimitása előhívja a bántalmazás élményének emlékeit, ezek a nők a szoptatás során kellemetlen érzéseket, egyes esetekben disszociációt élnek át (Elfgen et al. 2017). Ezt a témát számos szerző vizsgálta, igen kiterjedt szakirodalom áll rendelkezésre (Fava et al., 2016; Karen, 2010), de furcsa módon a pszichoanalitikus szakirodalomból hiányzik.

Ebben a témában egy igen jelentős tanulmány jelent meg a *PLoS One* folyóiratban (mely az egyik legnagyobb impakt-faktorral rendelkező tudományos folyóirat), a következő megható címmel: „A múlt gyógyítása a jövő ápolásával: Gyermekkori bántalmazáson átesett szülők tapasztalatai és nézetei a terhesség, szülés és születés utáni korai időszakáról – kvalitatív szisztematikus áttekintés és metaszintézis” (Chamberlain és mtsai, 2019). Ez a cikk leírja, hogy a perinatális időszakban a pozitív fókusz „potenciálisan képes a generációk közötti trauma »ördögi körét« »angyali körré« alakítani, amely immár pozitív irányú megerősítő elemeket tartalmaz, ezek az elemek pedig elősegítik a gyógyulást, amennyiben a résztvevőket támogatják a gyermekkori bántalmazás tapasztalatainak feldolgozásában” (3.). A tanulmány bemutatja, hogy a perinatális gondozás intim élményeihez, a baba kötődési igényeihez és más szociális egészségügyi problémákhoz/stresszekhez kapcsolódóan megnövekedett a „trigger” megtapasztalásának kockázata, de rengeteg múlik a környezet (a szakmai gondozás és a szociális háló) hozzáállásán. A szerzők lenyűgöző munkát végeztek, összegyűjtötték a szülők sokféle és dinamikus tapasztalatait, vallomásait, és a kvalitatív elemzés során a következő hét témát azonosították: *új kezdetek; szerepek és identitások változása; kapcsolódás érzése; együttérző gondoskodás, megerősödés, biztonság megteremtése; és a jövő újraszövése.*

A születés valóban jelenthet átmenetet egy új életbe, és ez az anya testének elismerésén keresztül történhet. Az anya és a család támogatása, a terhesség, a szülés és a szoptatás fiziológiai folyamatainak támogatása értékes tényezővé válik a traumák megelőzésében. Figyelembe véve a traumatikus tényezők jelentőségét a korai anya-gyermek kapcsolatban és a gyermek pszichés fejlődésében, az anya testének rehabilitálása sürgős feladat a pszichoanalitikus diskurzusban, hogy hasznos tanúi legyünk annak a társadalmi állapotnak, amelybe minden gyermek beleszületik. Tudjuk, hogy a trauma társadalmi elismerése mennyire fontos mind egyéni szinten, mind kollektíven (Boheleber, 2007; Mucci, 2014).

Klinikai anyag

2008-ban megalapítottam a „Walking Tree” nevű kulturális egyesületet, mellyel a szülői tudatosságot igyekeztem elősegíteni, továbbá az újdonsült anyákat igyekeztem támogatni csecsemőik gondozásában az élet korai időszakában. Az egyesület találkozókat szervezett az anyáknak, ahol lehetőségük volt elmondani saját tapasztalataikat, a terhességgel, a szüléssel és általában az anyasággal kapcsolatos érzéseiket, valamint támogatást kaphattak az anya és a csecsemő testi egészségének előmozdítása érdekében. Azonnal nyilvánvalóvá vált, hogy a szülés sok nő számára

nagyon fontos időszak, és saját születélményük elismerése megnyitja az utat testük és anyává válásuk tudatosítása felé.

Azóta is folyamatosan dolgozom anyákkal, az anyaság kérdéseivel, és gyakran fogadok anyát és újszülöttet együtt. Úgy tűnik, hogy ez a lehetőség szabadabbá teszi az anyákat, hogy segítséget kérjenek, anélkül, hogy választaniuk kellene, önmagukon segítenek-e, vagy a gyermeküknek keresnek segítséget.

Egy rövid eset-vignetta: Laura esete

Laura fiatal nő, aki két hónappal első gyermeke születése után fordul hozzám. Kétségbeesett és fáradt, a gyermeke naponta több órán át sír, de nem tudja, miért. Szeretne hozzám jönni, de nem tudja otthagyni a babát. A férje egésznap dolgozik, ő pedig egyedül van. Mondom neki, hogy jöhet a babával együtt. Amikor először találkozom vele, nagyon kimerült, a baba pedig zaklatott és könnyen sír. Laura első szavai: „Nem vagyok jó anya!”. Úgy tűnik, hogy elhatalmasodik rajta a szorongás, ugyanakkor nagyon fáradt, és úgy érzi, már nem lehet tőle többet kérni. Megkérdezem, hogy van-e olyan családtag, aki segíthetne neki, de szégyelli, hogy segítséget kér, hiszen a saját édesanyja mindent egyedül megoldott, amikor anya lett. A szoptatás már majdnem kudarcba fulladt, és Laura kellemetlen érzéseket tapasztal, amikor a baba szopik, mert a baba mozog.

„Sok szép fantáziám volt a terhesség alatt [...], naiv voltam [...], a szülés után minden megváltozott, szörnyű hallani a babám sírását, és nem tudom megnyugtatni.”

Megkérem, hogy mesélje el a lánya születésének történetét.

Laura elmondja, hogy a szülése katasztrófa volt, sok szenvedéssel, a gátmetszés⁸ hege még most is akadályozza a járásban, a hüvelyi területen érzett fájdalom miatt gondolni sem tud a szexre. Megerősítem őt, mondván, tudom, hogy a fájdalmas szülés megrázó élmény, és hogy a szoptatással kapcsolatos kellemetlenségek talán a testéhez kapcsolódnak, amely már túl sokat szenvedett. A vajúdas alatti szenvedésének felismerése az első ülésünkön azonnali feszültségoldást tett lehetővé számára; hagyta magát sírni, és minél többet sírt, annál jobban megnyugodott a babája. Apránként, ahogy a szülésről mesélt, a babája egyre nyugodtabban közeledett a melléhez. Bátorítottam, hogy folytassa a szoptatást.

Az első ülések olyanok voltak, mintha valamiféle csecsemőkhöz, kismamákhöz kapcsolódó szolgáltatás lenne: egy hely, ahol Laura kényelmesen szoptathatta a babáját. A meglepő az volt, hogy amint segítséget tudott kérni közvetlenül a testéhez, a szoptatáshoz és a baba állapotához kapcsolódóan, ez lehetővé tette, hogy Laura könnyebben kapcsolatba kerüljön azzal a jelentéssel, hogy ő „olyan anya, akinek nem kell senkitől semmit kérnie”. Így az analízisben azt kezdtük keresni, mit jelent egy

⁸ A gátmetszés (epiziotómia) a gáton és a hüvely hátsó részén végzett sebészeti vágás, amelynek célja a szülőcsatorna gyors kitágítása. Rutinszerű alkalmazása már nem ajánlott a hatására fellépő szülés utáni fájdalom, inkontinencia és szexuális zavarok miatt. Ennek ellenére még mindig rendszeresen és rutinszerűen alkalmazzák a gyakorlatban. [Magyarországon is – a ford.]

„nem kérő” anya lányának lenni, mit jelent anyává válni, ha az embernek egy „nem kérő anyával” kell azonosulnia. „A mi szoptató-szobánk” lett az a hely, ahol Laura a régi kísértetek és az új tapasztalatok között keresheti és építheti a saját anyai létmódját, az a hely, ahol egy anya megszülethet.

Laura elmondta azt is, hogy iskoláskorában az iskola gondnoka szexuálisan zaklatta őt, megérintette és simogatta – és most, néha, amikor a kisbabája erőteljesen szopja a mellét, úgy érzi, hogy zavaró képek és érzések szállják meg a tudatát. Úgy érzi, hogy a testi öröm mindig szexuális és genitális öröm. Megnyugtatom, hogy az anya-csecsemő kapcsolatban is lehet örömet érezni, és hogy ez szükséges a jó gondoskodáshoz. Nehéz számára különbséget tenni az egészséges öröm és az eltorzult, szenvedélyes öröm között. Zavarba jött, összezavarodott, furcsa érzéseket érzett a testében. A szoptatás, az én támogatással, lehetővé tette, hogy visszaszerezzük a gondozás terét, felszabadítva a teret közte és a babája között, hogy nyugodtabban vizsgálhassa meg szenvedéseit.

Az anyaság nem mindig a regresszió állapota – az „áldott”, konfliktustól távoli és az analízis számára nem előnyös regresszióé –, amelynek során a gyermekgondozás minden időt és teret elvesz. Az anyaság nagyon is előnyös lehet az analízis és a gyermekgondozás szempontjából (Papiasvili & Mayers, 2017). Ha egészséges élettani utakat követ, akkor az anyai identifikációs folyamathoz kapcsolódó, új elhárító mechanizmusokat és integrációs folyamatokat tesz lehetővé nagyon gyorsan, más módszerekhez képest is.

Laura analízise hosszúra nyúlt, és így nekem is le kellett mondanom arról, hogy mindig jó és válaszkész anyja tudok lenni, de az ő anyaságának területe még idejekorán megmenekült, és ez jó alapokat, megerősítést adott a saját analíziséhez.

Új megfontolások

Ez az írás megkísérelte felvázolni, hogy a szülés és az anyaság fiziológiai folyamataival kapcsolatos ismeretek hogyan nyitnak meg új megfontolásokat a test anyaságban betöltött szerepéről. Az egyik megfontolás az öröm kérdése. Úgy tűnik, hogy a testi öröm szerepe az anya-gyermek kapcsolat kompetenciáinak egyik nyitókulcsa. Az örömmérés lehetősége a gyermekgondozás testi folyamatai során kompetensebbé és fogékonyabbá teszi az anyát és a gyermeket is. Az idegtudomány hozzájárulása lehetővé teszi számunkra, hogy helyreállítsuk a „biológiai mezőt”, kiemelve azt a „redukcionizmus” eszméjéből, és megmártuk egy új, gazdagabb dimenzióban, ahol a fizikai és a pszichikus közötti határ finomabb, és ahol a pszichikus fejlődés „kritikus/érzékeny időszakának” fogalma releváns kérdéssé válik.

A „kritikus/szenzitív periódus” fogalmát figyelembe venni azt jelenti, hogy olyan folyamatokban és erőforrásokban gondolkodunk, amelyek képesek bizonyos állapotok javítására vagy rontására. Nemcsak az egyén világhoz való alkalmazkodási képességéről van szó, hanem arról a valóságról (a környezetről) is, amellyel a kritikus és érzékeny időszakban, életének első pillanataiban találkozik. Ferenczi például nagyon jól leírta, hogy az, ahogyan a gyermeket születésekor fogadják,

meghatározhatja életben maradásának lehetőségeit (Ferenczi, 1929). Balsam emlékeztet arra, hogy a mai nőknél a terhes test és annak mentális ábrázolása nem azonos a „terhesség” valós megélésével (Balsam, 2012). Szerinte fel kell tennünk a kérdést, hogy miért csak kevés nő megy analízisbe, amikor anyává válik, és miért nem foglalkozunk, azzal, hogy mit érez egy anya a testében. Miért marad kirekesztve az anya teste? Nagyon fontos ezeket a kérdéseket tisztázni a pszichoanalízis számára, fontos arról beszélni, hogy mi történik és mi történt az anya testével.

Úgy tűnik, hogy ugyanez a női test központi (és elfeledett) szerepet játszik a csábítás elméletétől a fantázia elméletéhez tartó átmenet kijelölésében, ahogyan azt Carlo Bonomi (2015) gondosan felvázolja. *The Cut and the Building of Psychoanalysis* című könyvében leírja, hogy a női testet érintő valós orvosi kezelések, például a hisztéria eseteire fenntartott kasztráció (méh-eltávolítás, csikló-eltávolítás stb.) tényét a pszichoanalitikus elmélet alapításának idején teljesen elhanyagolták, helyébe pedig az a gondolat lépett, hogy a nőkben a fallosz hiánya – péniszirigység – következményeképpen kasztrációs fantáziák jönnek létre. Úgy tűnik, hogy nehezen tudunk szabadon beszélni a női testről, az anyai test biológiai funkcióiról. Abban a pillanatban, amikor az örömezés lehetősége az anya és a gyermek közötti jó szinkronizáció kezdetévé válik, a női test tagadása valódi traumatikus tényezővé válhat anya és csecsemő között.

A korai kapcsolati traumával kapcsolatos másik kérdés akkor merülhet fel, amikor az anya és a gyermek közötti közös érzelemszabályozás (ko-reguláció) hiánya miatti zavar „a traumatikus kötődés alapvető mechanizmusaként” reprezentálódik (Schoore, 2002b). Más hozzájáruló tényezők mellett – mint az anyai depresszió, a gyermekkori rossz bánásmód vagy bántalmazás története stb. – az anya testének tagadása szintén a társzabályozási képesség megzavarását okozó, traumatikus kockázati tényezőnek tekinthető. A nők testi érzéseinek megtagadásával kapcsolatos hatalmas kortárs orvosi szakirodalom fényében a szülés alatti orvosi eljárások során, és általában a gyermek gondozása során, feltételezhetünk egy társadalmi traumát, amely az anya testén keresztül intergenerációsan⁹ továbbadódik. Robbie Davis-Floyd antropológus baba az „amerikai szülést mint kulturális kifejezőeszközt” vizsgálta, amelyben „a technokrata modell a társadalmi ellenőrzés erőteljes ágenseként működik, az egyéni értékeket, meggyőződéseket és viselkedést formálja és irányítja” (1994, 1125.). Különös figyelmet kell fordítani a gyermekkori szexuális bántalmazáson átesett nőkre és a szülés során a traumával kapcsolatos szomatikus emlékek újrajátszásának lehetséges folyamatára.

A „Honnan jön a baba?” nagy kérdésére talán még egy választ kaphatunk: a baba nemcsak az anya testéből (és a szülők szexualitásából) jön, hanem mindabból a szenvedésből is, amit az anya teste átélt. Az anyaság vajon csak belső konfliktusokból, fantáziákból, identifikációs folyamatokból stb. áll? Vagy talán ki kell tágítanunk a perspektívánkat, és figyelembe kell vennünk, hogy az anyaságnak sok valós akadályt kell leküzdenie? Az anyaság valódi „kritikus »életpálya-lehetőség«, ahol a fiatalokat támogatni lehet a gyermekkori bántalmazás és/vagy komplex trauma tapasztalatainak feldolgozásában” (Chamberlain et al., 2019, 42.). Ez attól is függ, hogy a környezet

⁹ Vagy transzgenerációsan (a ford.)

milyen támogatást nyújt a szülővé válás során. Úgy gondolom, hogy a mai társadalomban arra vagyunk hivatottak, hogy az egészség gondos védelmezői legyünk, kezdve a női testtel, attól a pillanattól kezdve, amikor egy új élet érkezik. Amit a perinatális időszak traumáinak hatásáról tudunk, rávilágít a megelőzési stratégiák és a családok veszélyeztetettségének korai felismerésének elengedhetetlen szükségességére. A trauma jeleinek és tüneteinek korai felismerése – ideális esetben már a terhesség alatt – hatékony kezelést eredményezhet az anya számára, és potenciálisan megszakíthatja a bántalmazás és a csecsemő pszichiátriai sérülékenységének intergenerációs átadásának mintáját.

Úgy gondolom, lehetőségünk van a traumát igazságként elismerő és a „kapcsolódás” (Mucci, 2014) eszközét kínáló „tanúságtétel” funkciójának kialakítására – méghozzá onnan kiindulva, ahonnan minden élet ered: az anya testéből.

Székely Zsófia fordítása

Felhasznált irodalom

- Almagro, J.R. – Hernández-Martínez, A. – Almagro, D.R. – Quiros-García, J.M. – Martínez-Galliano J. – Gómez-Salgado J.** (2019). Women’s perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16: 1654–1667. doi:10.3390/ijerph16091654
- Ayers, S. – Bond, R. – Bertullies, S. – Wijma, K.** (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46, 1121–1134.
- Balsam, R.** (2012). *Women’s Bodies in Psychoanalysis*. New York and London: Routledge.
- Bateman, A. – Fonagy, P.** (2016) *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, C.T. – Watson, S.** (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*, 54: 228–236.
- Besser, A. – Vliegen, N. – Luyten, P. – Blatt, S.J.** (2008). Systematic empirical investigation of vulnerability to postpartum depression from psychodynamic perspective. Commentary on issues raised by Blum (2007). *Psychoanalytic Psychology*, 25: 392–410.
- Blum, L.D.** (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, 4: 45–62.
- Boheleber, W.** (2007). Remembrance, trauma and collective memory: The battle for memory in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 88: 329–352.

- Bonomi, C.** (2015). *The Cut and the Building of Psychoanalysis. Vol I. Sigmund Freud and Emma Eckstein.* The Relational Perspectives Book Series. London: Routledge.
- Chamberlain, C. – Ralph, N. – Hokke, S. – Clark, Y. – Gee, G. – Stansfield, C.** (2019). Healing the past by nurturing the future: A qualitative systematic review and metasynthesis of pregnancy, birth and early postpartum experiences and views of parents with a history of childhood maltreatment. *PLoS One*, 14: 1–52.
- Champagne, F.A.** (2018). Beyond the maternal epigenetic legacy. *Nature Neuroscience*, 21: 773–774.
- Coates, R. – Ayers, S. – de Visser, R.** (2014). Women’s experience of postnatal distress: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14: 359.
- Cohen, L.J. – Slade, A.** (2000). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. In: C.H. Zeanah, Jr. (ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (20–36). New York and London: Guilford Press.
- Davis-Floyd, R.** (1994). The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Social Science and Medicine*, 38: 1125–1140.
- Deutsch, H.** (1944). *The Psychology of Women: A Psychoanalytic Interpretation.* Vols I and II. New York: Grune & Stratton.
- Elfgén, C. – Hagenbuch, N. – Görres, G. – Block, E. – Leeners, B.** (2017). Breastfeeding in women having experienced childhood sexual abuse. *Journal of Human Lactation*, 33: 119–127.
- Elmir, R. – Schmied, V. – Wilkes, L. – Jackson, D.** (2010). Women’s perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(21): 42–53.
- Fava, N.M. – Simon, V.A. – Smith, E. – Khan, M. – Kovacevic, M. – Roseblum K.L.** (2016). Perceptions of general and parenting-specific posttraumatic change among postpartum mothers with histories of childhood maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 56: 20–29.
- Feldman, R. – Weller, A. – Leckman, J. F. – Kuint, J. – Eidelman, A. I.** (1999). The nature of the mother’s tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 40: 929–939.
- Feldman, R. – Eidelman, A.I.** (2007). Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Development Psychobiology*, 49: 290–302.
- Ferber, S.G. – Makhoul, I. R.** (2004). The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*: 113, 858.
- Ferber, S.G. – Feldman, R.** (2005). Delivery pain and development of mother-infant interaction. *Infancy*, 81: 43–62.

- Ferenczi, S.** (1929). A nemkívánt gyermek és halálösztöne. Ford. Pándy Gabi és Hárs György Péter. In: *Ferenczi Sándor* (121-124). Vál. és s. a. r.: Erős Ferenc. Budapest: Új Mandátum, 2000.
- Freud, S.** (1905). Három értekezés a szexualitás elméletéről. Ford. Ferenczi Sándor. In: *Sigmund Freud művei IV. A szexuális élet pszichológiája* (31-131). (Sorozatszerkesztő: Erős Ferenc). Budapest: Cserépfalvi, 1995.
- Horney, K.** (1926). Menekülés a nőiség elől. A nők maszkulinitás-komplexusa, ahogyan azt a férfiak és a nők látják. Ford. Battyán Katalin. *Thalassa*, 1996, 7(1): 7–20. [http://imago.mtapi.hu/a_folyoirat/e_szovegek/pdf/\(07\)1996_1/007-20-Horney.pdf](http://imago.mtapi.hu/a_folyoirat/e_szovegek/pdf/(07)1996_1/007-20-Horney.pdf)
- Karen, W.** (2010). Infant feeding experiences of women who were sexually abused in childhood. *Canadian Family Physician*, 56: e136–e141.
- Kirsch, M. – Buchholz, M.B.** (2020). On the nature of the mother-infant tie and its interaction with Freudian drives. *Frontiers in Psychology*, 11: 317.
- Kjellmer I. – Winberg J.** (1994). The neurobiology of infant–parent interaction in the newborn: An introduction. *International Forum of Psychoanalysis*, 3: 194–199.
- Kringelbach, M.L.** (2005). The human orbitofrontal cortex: Linking reward to hedonic experience. *Nature Reviews Neuroscience*, 6: 691–702.
- Krol, K.M. – Rajhans, P. – Missana, M. – Grossmann, T.** (2015). Duration of exclusive breastfeeding is associated with differences in infants’ brain responses to emotional body expressions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 22: 459.
- Leeners, B. – Görres, G. – Block, E. – Hengartner, M. P.** (2016). Birth experience in adult women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Research*, 83: 27–32.
- Lokugamage, A.U. – Pathberiya, S.D.C.** (2017). Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: A review. *Reproductive Health*, 14: 17.
- Montgomery, E. – Pope, C. – Rogers, J.** (2015). The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15: 194.
- Mucci, C.** (2014). *Trauma e Perdono*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Neu, M. – Robinson, J.** (2010). Maternal holding of preterm infants during the early weeks after birth and dyad interaction at six months. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 39: 401–414.
- Newton, N.** (1992). Interrelationships between sexual responsiveness, birth, and breastfeeding. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 6: 317–336.
- Nunberg, H. – Federn, E.** (1963). *Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society, Vol. III. 1910-1911*. New York: International Universities Press.
- Papiasvili, E.D. – Mayers, L.A.** (2017). Postpartum depression and attachment: Is anybody here? *International Forum of Psychoanalysis*, 26: 22–28.

- Raphael-Leff, J.** (1991). *Psychological Processes of Childbearing*. London: Chapman & Hall. <https://doi.org/10.4324/9780429482922>
- Reed, R. – Sharman, R. – Inglis, C.** (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17: 21.
- Schechter, D.** (2017). Witch-mother is which? The potential role of the analyst in facilitating authentic motherhood. *International Forum of Psychoanalysis*, 26: 10–21.
- Schore, A.N.** (2000). The self-organization of the right brain and the neurobiology of emotional development. In: Lewis, M.D. and Granic, I. (eds.), *Emotions, Development, and Self-Organisation* (155–185). New York: Cambridge University Press.
- Schore, A.N.** (2002a). Advances in neuropsychanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. *British Journal of Psychotherapy*, 22: 433–484.
- Schore, A. N.** (2002b). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36: 9–30.
- Schore, A.N.** (2005). Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review*, 26: 204–211.
- Stern, D.** (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Tronick, E.** (2007). *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development*. New York: W.W. Norton.
- Uvnäs-Moberg, K. – Ekström-Bergström, A. – Berg, M., Buckley, S. – Pajalic, Z. – Hadjigeorgiou, E.** (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth – A systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19: 285. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2365-9>
- Winnicott, D.** (1949). Birth memories, birth trauma and anxiety. In: Winnicott: *Through Pediatrics to Psycho-Analysis*. London: Taylor & Francis.
- Witteveen, A.B. – Stamrood, C. A. I. – Henrichs, J. – Flanagan, J. C. – van Pampus, M. G. – Olf, M.** (2020). The oxytocinergic system in PTSD following traumatic childbirth: Endogenous and exogenous oxytocin in the peripartum period. *Archives of Women Mental Health*, 23: 317–329.
- World Health Organization** (2014). *The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse During Facility-Based Childbirth*. Geneva: WHO.