



Hajagos Kincső Rita – Kovács Gréta – Székely Zsófia

„Hol vagy?” A szégyen arcai a szülészeti erőszakban

Bevezetés

A tanulmány a pszichoanalitikus, a feminista és a kritikai pszichológiai gondolkodás metszetében helyezi el vizsgálódását. A szégyent mint testbe írt, interszubjektív és társadalmi affektust elemzi, amely egyszerre hordozza a trauma, a hatalom és az identitás tapasztalatát.

Jelen esszében a szégyent egyszerre pszichológiai, testi és politikai tapasztalatként értelmezzük, amely az én és a másik viszonyában jön létre, de intézményi formákat is ölt. A szülészeti erőszak a medikalizált szülészeti technológia és a patriarchális hatalom találkozási tereként értelmezhető, ahol a szégyen a fegyelmezés eszköze. Bár a nők tapasztalatai szoros kölcsönhatásban alakulnak a szülés más szereplőivel, ez a szöveg kifejezetten a nők megéléseivel és ezek értelmezésével: a nőnemű szégyennel foglalkozik. Terjedelmi és tartalmi okokból nem térünk ki a szülés más résztvevőire: a segítők, az apák, sőt, a megszületendő magzatok-újszülöttek szempontjai is külön vizsgálódást érdemelnek.¹

Lacan szimbolikus rendjében a női test a hiány és a fantázia helye, amely egyszerre jelöli a vágy tárgyát és az el nem érhető Másikat. A „materiális női test” az, amelyben a szimbolikus rend határai fellazulnak; a szégyen pedig e határok érzékelésének, a normák megsértésének testi tudása (Lacan, 1958/2006). A női test ebben a keretben nemcsak biológiai realitás, hanem nyelvileg konstruált pozíció – egy hiány, amelyet a férfi szubjektum tekintete tölt be jelentéssel. A test itt az, amit a kultúra a beszéd rendjéből kiszorít, mégis az a hely, ahol a nyelv gyökerezik (Kristeva, 1974).

A feminista pszichoanalitikus hagyomány a női testet nem a hiány, hanem a pluralitás és az érzékelés nyelvén gondolja el. A test itt a jelentésképzés aktív médiuma – a *corps parlant*, a beszélő test (Irigaray, 1977). A szülés ebben az értelemben a női test radikális beszédaktusa, amelynek kisajátítása a patriarchális tudás

¹ Bőséges szakirodalom áll rendelkezésre a szülés-születés különböző szereplőinek vizsgálatáról. A teljesség és a következtetesség igénye nélkül lásd például Odent, 2003; Székely – Csabai, 2018; Andrek, 2025.

egyik központi művelete. A szülésszét mint egészségügyi intézmény a női test feletti kontroll újratermelésének mechanizmusa: a szülés technokrata rendje a testet kockázati objektummá alakítja, a biztonság diskurzusán keresztül fegyelmezve a szubjektumot (Douglas & Wildavsky, 1982). A kritikai pszichológia és a foucault-i diskurzuselmélet felől nézve a szülésszét e fegyelmező hatalom paradigmája. Michel Foucault szerint a tudás nem semleges: az orvosi tekintet és a „normális” test definíciója hatalmi viszonyokat termel és tart fenn (Foucault, 1973).

A továbbiakban a fentiek elméleti kibontásaként mutatjuk be a szégyen klasszikus és kortárs elméleteit: a pszichoanalitikus és interszubjektív irányzatoktól a társas és kulturális megközelítésekig, majd a feminista pszichoanalízis perspektívájából térünk vissza a szülészeti erőszak jelenségéhez, ahol a szégyen mint láthatatlan affektív szabályozó erő épül be a modern intézmény működésébe.

A szégyen a pszichoanalízis hajnalán

A szégyen pszichológiai és társadalmi kontextusban való megértése elengedhetetlen a szülészeti erőszak komplex jelenségének elemzéséhez. A szégyen hosszú ideig marginalizált érzelm volt a pszichológia és a társadalomtudományok kutatói számára, sokáig másodlagos, patológiás vagy morális érzelmeként kezelték, gyakran kizárólag intrapszichés folyamatként írva le, a büntudat, az undor vagy a félelem kísérőjeként (Freud, 1905/1995; Seu, 1996). Felvetésünk szerint e marginalizálás a tudományos diskurzus és a kultúra mély összefonódásából fakadt: abból a közös vágyból, hogy elrejtjük mindazt, ami a határok elmosódására, a függésre, a sebezhetőségre emlékeztet. A szégyen azonban nem csupán egyéni patológiás maradványérzelm (Morrison, 1989), hanem alapvető, relációs és identitásképző élmény, mely mélyen beágyazódik a társas interakciókba és a társadalmi normákba – és amely a szelf és a másik közötti kötelék finom egyensúlyát szabályozza (Scheff, 2003). A mai elméletek a szégyent összetett, interszubjektív és társas jelenséggként értik: olyan jelenséggként, amely az én és másik viszonylatában keletkezik, és kulcsfontosságú az identitás, az önértékelés és a társas kötelékek minőségének szempontjából (Lewis, 1971, 1987; Goffman, 1967; Morrison, 1989; Nathanson, 1992; Scheff & Retzinger, 1991; Scheff, 2003, 2011). A szégyen az egyik legősibb és leginkább testbe írt érzelm: a szelf határainak elmozdulását jelzi, azt a pillanatot, amikor az én „túl közel kerül” mások tekintetéhez, és elveszíti az önmagához való biztonságos viszonyt (Morrison, 1989).

A továbbiakban előbb a szégyen szerkezetét tekintjük át, utána a klasszikus pszichoanalitikus a fejlődéslélektani, énpeszichológiai és szelf-elméleti kereteket, végül a társas-interakcionista és feminista-pszichoanalitikus megközelítéseket, amelyek a társadalmi-kulturális beágyazottságot emelik a fókuszba.

Freud korai írásaiban a szégyen többnyire a szexuális ösztönök gátlásával összefüggő reakcióképzésként jelenik meg, majd a strukturális modellben az énídeál és felettes én feszültségében kap értelmet (Seu, 1996). Egyéb korai munkáiban (pl. Tanulmányok a hisztériáról, 1895; Három értekezés a szexualitás elméletéről, 1905) a szégyen és undor mint a traumához kapcsolódó affektus játszik fontos szerepet. A

topográfiai modell elhagyásának egyik oka épp az volt, hogy az a lelkiismeret, a morál és (a többnyire „bűntudatnak” nevezett) önértékelési feszültségek kezelésére elégtelennek bizonyult; így az énídeál szerepe előtérbe került. A mai megkülönböztetés szerint a „bűntudat” tiltásszegéshez, míg a „szégyen” az énídeál alulteljesítéséhez kötődik. Freud sokszor bűntudatként tárgyalt jelenségeket, amelyek a mai fogalmak szerint inkább a szégyenhez sorolhatók. A topográfiai modell felől a strukturális modell felé haladva Freud felismerte, hogy a lelkiismeret, a morál és a bűntudat kérdései nem ragadhatók meg pusztán az ösztön és az én viszonylatában: az énídeál megsértése olyan önértékelési zavarokat vált ki, amelyek a mai értelemben szégyenélménynek felelnek meg.

Freud (1898) „A szexualitás a neurózisok kóroktanában” című tanulmányában még azt állította, hogy a hisztériás tünetek nem szervi okokra vezethetők vissza, hanem korai traumatikus szexuális tapasztalatokra. A következő években – szembesülve e felismerés radikális társadalmi implikációival – ezt a traumamodellt visszavonta, és a hangsúlyt a fantázia, a „lelki valóság” felé tolta. Ezzel egy olyan elméleti fordulatot pecsételt meg, amely a nők megélt traumáit a belső konfliktusok nyelvére fordította át, normalizálva a kételyt a túlélők elbeszéléseivel szemben.

Freud a szégyent is a társas térből inkább a bűntudat/énideál problémakörébe utalta. Így vált a szégyen részben „láthatatlanná”, kizárólag intrapszichés folyamattá, mely az énídeálon keresztül kapcsolódik a felettes-énhez (Tiedemann, 2018). Jóval később a *Rossz közérzet a kultúrában* című munkájában (Freud, 1930/1993) ír a szégyen evolúciós eredetéről, így a szégyent a genitáliák védelmére irányuló, fejlődéslélektanilag primitív érzelemként ábrázolja. „A nőiség” című előadásban pedig a szégyent „kitüntetett női sajátosságként”, a „genitális deficit elrejtésére irányuló vágyként” határozza meg (Freud, 1933/1999, 132). Azzal, hogy a szégyent nőkre jellemző, biológiai-morális sajátosságként (és a hiány metaforájaként) értelmezte, a fallocentrikus pszichoanalitikus hagyományban hosszú időre patologizálta a női szégyentapasztalatot (Irigaray, 1977; Bánfalvi, 2001). A bűntudattól eltérően, amely konkrét tiltásszegéshez kötődik, a szégyen így a női létmódban rejlő hiányérzetté vált – annak kifejezésévé, hogy „rosszul vagyok a világban”.

Freud nyomán a pszichoanalízis korai elméleteiben a szégyen nem önálló érzelemként, hanem az ösztönök gátjaként, „morális védőgátként” jelent meg (Freud, 1905/1953; 1915/1957; Deutsch, 1927). A korai pszichoanalitikus felfogásban a szégyen szorosan kapcsolódott az exhibicionizmus–voyeurizmus tengelyhez: a „tekintet-megszakítás” (pl. a szem becsukása, arc elfordítása) mágikus, láthatatlanná tévő gesztusként jelenik meg, amellyel a szelf megpróbálja visszaszerezni a határt a belső és a külső között (Freud, 1905/1953; Abraham, 1922; Ferenczi, 1928/2000; Deutsch, 1927; Tomkins, 1963; Nathanson, 1992). A pszichoanalitikus gondolkodás Freud után a szégyen intrapszichés modelljétől fokozatosan a kapcsolati és fejlődéslélektani értelmezés felé mozdult el.

Láthatóság és készületlenség

Erik H. Erikson (1950/2002) az autonómia és a szégyen dilemmáját a koragyermekkor kulcsélményeként írja le. A gyermek akkor él át szégyent, amikor láthatóvá válik az előtt, hogy készen állna a láthatóságra – azaz, amikor a kontroll és az önkifejezés fejlődése még nem képes ellensúlyozni a tekintet fenyegető erejét: „a gyermek akkor szégyelli magát, ha megmutatták, mielőtt maga akart volna megmutatkozni” (Erikson, 1950/1963, 110). Ez a tapasztalat a szelftudatosság fájdalmas formája, amelyben az ember saját hiányosságaira, sebezhetőségére, elégtelen voltára eszmél rá egy külső nézőpont tükrében. A szégyen testi válaszai – az arc eltakarása, a tekintet kerülése, a mozdulatlanság – azt a vágyat tükrözik, hogy visszanyerjük a határt a belső és a külső világ között. A megszégyenült ember „a világ szemeit szeretné megsemmisíteni” (Erikson, 2002, 226), de mivel ezt nem teheti, inkább saját láthatóságának megszűnésére vágyik – vagyis a szégyen a szelf és a társas tér konfliktusában születik. A szégyen a korai énhatárok védelmébe szegődve, az önállóság határán védi a szelf integritását, miközben a másik elismerésére is vágyik. Amikor a környezet elutasító, a szégyen önmagába fordul, és dühvé alakulhat: az egyén dühét önmaga ellen fordítja, önkisebbités formájában (*shame rage*; Pincus & mtsai, 2009). Ez a belső ellentmondás később számos tárgykapcsolati és szelfelmélet alapja lett, amelyek a szégyent nem a bűntudat morális párjaként, hanem az önazonosság érzelmi magjához tartozó entitásként értelmezték.

Szelf- és tárgykapcsolati megközelítések

Az interszubjektív pszichoanalízis (Stolorow, Atwood & Orange, 2002) szemlélete szerint a szubjektivitás nem autonóm, hanem kölcsönösen beágyazott. A szégyen ebben az értelemben olyan relációs esemény, amely a kapcsolat épségét jelzi: ott keletkezik, ahol a szelfet elutasítja, vagy nem tükrözi a másik. A szelfelmélet(ek) (Kohut, Morrison) szerint az emberi fejlődés alapvető szükséglete az empatikus tükrözés; a hiányos elismerés a szelfen „szégyenréseket” ejt, így az önazonosság megszakad, mert a tekintet, amelytől elismerést vártunk, elutasít. Ugyanígy a szégyen értelmezhető úgy is, mint a „szelf elégtelensége” tapasztalatának alapélménye a kapcsolatban – amikor az egyén hatástalanságában eltárgyasítva érzi magát: nem mint önálló szubjektumot látják, hanem mint objektumot kezelik (Broucek, 1982). A szégyen ezért az identitás egyik legérzékenyebb pontja: a személy a másikhoz való viszonyában tapasztalja meg önnön érvénytelenségét.

Léon Wurmser (1981) úgy értelmezi a szégyent, hogy az önmagát figyelő szelf széthasad: a személy egy pillanatra kívülről látja önmagát, így a szégyen a szelf határainak erózióját idézi elő – egyfajta pszichés „lefagyást”, amelyet a tekintet hatalma vált ki. A megszégyenült fél jellemző élménye, hogy kicsinek, gyerekesnek, benuitnak érzi magát, saját magát kívülről látja, szétesik az én-határ. Miközben aktívan figyeli a másik tekintetét, romlik az én-érzékelés és az ágencia; a szelf határai átjárhatók lesznek – átélhető a másik viszonyulása mint internalizált élmény. A

szégyenszituáció tehát aszimmetrikus: a tekintet pozíciója a hatalom forrása (Lewis, 1987). Ez a leírás különösen releváns intézményi kontextusokban – mint amilyen az orvos–beteg viszony –, ahol a szégyen nem csupán érzelmi, hanem strukturális élmény is egyben, mivel a hatalmi aszimmetria és az alárendelt szerep legtöbbször identitásvesztéssel és a cselekvőképesség korlátozásával jár (Lewis, 1987; Scheff, 1990).

Az utóbbi évtizedekben a pszichoanalízisben tehát markáns elmozdulás történt a kapcsolati és interszubjektív szemlélet felé. E megközelítések a szubjektivitást nem elszigetelt pszichés rendszerként, hanem két szelf folyamatos kölcsönhatásában értelmezik. A szégyen ennek az interakciónak az egyik legérzékenyebb indikátora: mindig legalább két tudat között történik meg, és a másik tekintete révén válik tapasztalattá (Tiedemann, 2018).

Társas-interakcionista nézőpont

A társas megközelítések a szégyent a társas kötelék szenzorának tekintik, amely akkor aktiválódik, amikor a kapcsolat megbillen, vagy az egyén elutasítottnak érzi magát a másik valós vagy belsővé tett tekintetében. Tehát a szégyen egyfajta „interszónális hídként” összeköti az egymástól elválasztott éneket (Kaufman, 1989, 23). Mivel „a két én között keletkezik”, csak a kapcsolatban oldható fel (Tiedemann, 2018).

Scheff (1988) szerint a modern társadalmakban a szégyen szégyene láthatatlanul szervezi a viselkedést. Kulturális tabusítása a felismerés és megnevezés hiányát eredményezi, motivációs ereje azonban nagy – a viselkedés sokszor épp a szégyen (elkerülése) köré szerveződik (Scheff, 2003). Megjelenési formái változatosak: értelmezhető érzelmi indikátorként (pl. trauma vagy regresszió jeleként), és levezethető a testi jelekből (pl. hallgatás, mozdulatlanság), emellett kontextualizálható a társas dinamikák felől (pl. hatalmi egyenlőtlenség, kommunikációs elnyomás). A szégyen észlelő-, önszabályozó- és teljesítmény-funkciókat béníthat le. Ilyenkor láthatatlanul szervezi a viselkedést; különösen romboló a szégyen–düh spirál, ha az nincs nevesítve (Scheff & Retzinger, 1991; Scheff, 1990). Bár a fel nem ismert szégyen a felismeréstől sem tűnik el, ugyanakkor, ha megnevezzük, az lehetővé teszi a kapcsolat helyreállítását (Scheff, 2003). Így a szégyen a társadalmi élet alapvető hajtóereje, amely szabályozza a kötelékek fenntartását és a normák internalizációját, hidat képezve az egyéni és társas dimenziók között (Lynd, 1958, 50).

Helen Block Lewis (1971) e felismerést továbbviszi pszichoanalitikus kontextusban: a szégyen biopszichoszociális érzélem, amely az ember társas természetéből fakad. Lewis (1971) a szégyent a „belső robbanás” és „a szelf pillanatnyi megsemmisülésének” élményeként írja le, mely kevés kognitív tartalommal bír: primitív, irracionális és nehezen verbalizálható, ami a cselekvőképesség átmeneti beszűkülésével jár. Lewis megkülönbözteti a nyilvánvaló és a rejtőzködő szégyent, és rámutat arra, ha az egyén nem tud reflektálni a szégyen tapasztalatára, az könnyen tartós pszichés zavarokat, önértékelési problémákat és elidegenedést alakíthat ki. A szégyen minden olyan affektust magába foglal, ahol a társas kötelék veszélybe kerül.

A szégyen mint öntudati érzelem az identitás alapérzelmi magjaként működik (Kaufman 1989). Egyszerre kapcsolódik legbelső félelmünkhöz, hogy az én elfogadhatatlan, ezért el kell rejteni (Morrison, 1989), és tölt be társas funkciót, azaz másokon keresztül látjuk önmagunkat. A szégyen útmutatóul szolgál, hogy mit kell eltakarni magunkból, és hogyan szeretnénk prezentálni magunkat; tehát a kapcsolódás és a szelf integritásának őrzője (Schneider, 1987). Ilyen értelemben a szégyen élménye a szelf védtelenségének, a szubjektív testhatárok eróziójának jelzőrendszere lehet.

A modern pszichoanalitikus irányzatok az interakcionista megközelítéssel összhangban a szégyent társas törésként és bizalmi deficitként értelmezik. A szégyen nem csupán az önértékelés zavara, hanem a kapcsolati integritás megszakadása, amely előhívja az identitásvesztéstől való félelmet. Minden szégyenhelyzetben ott rejlik a kizárás és megfosztottság tapasztalata, amely a közelség iránti vágy paradoxonát hordozza (Kaufman, 1989). A szégyen tehát egyaránt irányul az én védelmére és az összetartozás fenntartására. Így nem pusztán érzelmi reakció, hanem az én határainak újrarendeződése, amely mindig a másikkal való viszonyban jön létre önmagunk és a másik tekintetének metszéspontjában.

Szégyen és büntudat szociokulturális kontextusban

Norbert Elias (1939) szerint a modernitás nem pusztán racionalizáció, hanem a szégyenküszöb átalakulásának története: az indulatok, a testiség és a szexualitás egyre kifinomultabb fegyelmezése révén a szégyen a „civilizációs önkontroll” alappillérvé válik. A testi funkciók, érzelmi kitörések és szexuális vágyak egyre inkább a privát szférába szorulnak, miközben a társadalmi térben a szemérem, az etikett és a hallgatás válik a társas viszonyok szabályozó erejévé. Ezzel párhuzamosan a szégyen elhallgatása is erősödik (Elias, 2000). Francis J. Broucek (1991, 7) a „kulturális összeesküvés” fogalmával írja le ezt a folyamatot: a modern ember szégyelli, hogy szégyent érez. Ha mégis beszélünk róla, az egyéni probléma. Így a szégyen – miközben az egyik legmélyebb társas érzelem – láthatatlanná válik (Scheff, 2003). Ezzel párhuzamosan a szégyen az önfegyelem és a társadalmi konformitás egyik belső motorjává válik. Michel Foucault (1975) „a felügyelt test” metaforájával írja le azt a történeti átalakulást, amelyben a külső kontroll fokozatosan internalizálódik. Joachim Bauer ezt a dimenziót biológiai nyelvre fordítja: az elutasítottság és kirekesztés „pszichoszociális katasztrófája” idegrendszeri szinten is fájdalomként kódolódik (2010/2016, 78-81). Louis Cozolino (2010) „szociális halálként” írja le a kizárás élményét: az emberi agy a szégyent a fizikai sérüléshez hasonló veszélyként érzékeli.

A büntudat és a szégyen különbségét empirikus kutatások is tisztázzák: a büntudat konkrét cselekvéshez kötött és gyakran reparatív, míg a szégyen az én egészére irányuló, globális önleértékelés (Tangney & Dearing, 2002; Baumeister & mtsai, 1994). A büntudat tehát cselekvésfókuszú és sokszor adaptív: empátiával, jóvátételi késztetéssel és proszociális cselekvésekkel társul, míg a szégyen identitás- és kapcsolatfókuszú érzelem. Kulturális vizsgálatok (Etxebarria, 2000) szerint

kollektivistákban a szégyen inkább a társas harmónia fenntartását szolgálja, individualista közegben viszont a szégyen és a büntudat határai elmosódnak.

A továbbiakban „szégyen” alatt az én-fókuszú, köteléksérülést jelző affektust, „büntudat” alatt pedig a viselkedés-fókuszú, reparatív morális érzelmet értjük. A szégyen tehát olyan jelzőrendszer, amely a kötelék fenntartását és a norma betartását egyaránt szolgálja. E kettősség – a szégyen mint kapcsolatörző és mint fegyelmező erő – különösen fontos a medikalizált terekben, ahol a test láthatósága a hatalom eszközévé válik.

A szégyen az intrapszichikus funkciója mellett erőteljes társadalmi kontroll-funkcióval is bír. Azonban nem érdemes csupán az egyén és társadalom dichotómiájában megjelenő inger-válasz jelenséggként értelmezni, amely az egyénen kívüli társadalmi nyomás formájában a konformitás irányába kényszerítő erőként lép fel. A szégyen nemcsak a tekintet általi megbélyegzés, hanem belsővé vált fegyelem is, amely a modern szubjektum „belső megfigyelő struktúrájává” épül be (Foucault, 1975; Scheff, 1990).

Feminista-pszichoanalitikus perspektíva: a szégyen-forgatókönyv

Serge Tisseron (2006) „a testen áthatoló pillantás” metaforájával írja le a szégyent: olyan pszichés élményként, amelyben az egyén határai megsérülnek a másik tekintete által. A bőr és a fizikai integritás megsértése itt a szimbolikus „átvilágítás”, „behatolás” érzetével jár – a szégyen tehát egyszerre testi és társas invázió. Ez a tapasztalat különösen releváns a medikalizált női test kontextusában, ahol a kontroll és a tekintet átható ereje a hatalmi aszimmetriák alapmintázata és a szégyen kulcseleme.

A feminista pszichoanalitikus hagyomány a szégyent diskurzív és ideológiai pozícióként értelmezi: a szégyenélmény társadalmilag előállított helyzet, amely konformitást, hallgatást és önfegyelmet termel. A „szégyenteljes pozíció” a női testhez, szexualitáshoz és anyasághoz kapcsolódó normákban gyökerezik: egyrészt a szégyent átélő ember védekezése az önfegyelem és öncenzúra eszközévé válik, másrészt a női szégyen gyakran az internalizált ideál (jó nő/jó anya/jó beteg) alulteljesítése körül szerveződik; a hallgatás és visszahúzódnás rövid távon véd, hosszú távon a patriarchális normák újratermelését szolgálja.

A medikalizált női testhez kapcsolódó szégyenélmény gyakran egy hosszabb folyamat eredménye, amelynek egyik legkorábbi és legkevésbé reflektált eleme a nők infantilizálása, amely a fegyelmezés rendkívül hatékony eszköze. A perinatális ellátás kontextusában ez az infantilizálás gyakran már a terhesség megállapításának pillanatától kezdve jelen van, és a teljes gondozási folyamaton végighúzódik. A terhes nő a „fokozottan veszélyeztetett” test státuszába kerül, amely különleges gondoskodást, ugyanakkor fokozott felügyeletet és korlátozást is maga után von. A kötelező vizsgálatok mellett az előírásszerű életmódszabályok, valamint a normatív elvárások sűrű hálójában olyan gondozási környezetet hoz létre, amelyben az autonóm döntéshozatal lehetősége már a terhesség korai szakaszában beszűkül az engedelmes, együttműködő és a konfliktuskerülő „beteg” számára. A későbbi megszégyenítő

helyzetekben – különösen „elakadás”, komplikáció vagy protokolltól való eltérés esetén – a függő helyzet megkönnyíti a test feletti kontroll gyakorlását, miközben a szégyen internalizálását is elősegíti. Ebben az értelemben érthetővé válik a „szégyen szégyene” is, amelyben az érintett nemcsak a testével vagy viselkedésével kapcsolatban él meg szégyent, hanem magáért a kiszolgáltatottságért és az engedelmségért is, amelybe fokozatosan belehelyezték.

Judith Lewis Herman (1992/2019) a trauma kutatásának „elfeledett történetét” elemezve mutat rá arra, hogy Freud a hisztéria korai traumafelfogásának visszavonásával és a szégyen női mivoltának hangsúlyozásával, azaz biologizálásával hogyan járult hozzá a nők tapasztalatainak elnémításához és a túlélőnarratívák szisztematikus megkérdőjelezéséhez. Herman (2019) ezt a folyamatot a tanúságtétel és az elnémítás ismétlődő ciklusaként írja le, amelyben a bántalmazások elismerését ismételten felszínre hozzák, majd visszanyomják.

A női test medikalizációját elemző kritikai pszichoanalitikus irodalom rámutat arra, hogy a modern tudomány és medicina maszkulin diskurzusa a női testet egyidejűleg biológiai forrásként és kulturális veszélyként kezeli. A nő a természet regressziójának hordozója, akit az ész uralmának kell felügyelete alatt tartania (Bánfalvi, 2001; Ehrenreich & English, 1978). A női test tehát kettős pozícióban áll: biológiailag konstruktív, de kulturálisan potenciálisan destruktív – ezért válik a felügyelet és fegyelem tárgyává.

A századforduló nő-képét és a pszichoanalízist ugyanaz a kettősség járta át: miközben a pszichoanalízis „maszkulin tudományként” lép fel, megszületése és tárgya a „hisztériás nő” köré szerveződik. A pszichoanalízis és a nőiség összefonódása a kulturális tabusítás tüneteként érthető meg: a női test egyszerre vált a tudás forrásává és annak tiltott zónájává. E feszültség a modern szülészetben is tovább él, ahol a női test a ráció és a kontroll próbatervévé válik – a szégyen és a fegyelem érzelmi logikájában működve. A női tapasztalat így válik tárggyá, a női narratíva pedig peremre szorul. A pszichoanalízis így – akaratlanul is – közvetítheti a kor nőiség-képének feszültségeit, ami hozzájárulhat a női szégyen morális-biologizáló keretezéséhez (Bánfalvi, 2001).

A medikalizált női test a felügyelet, a rutineljárások és egyéb beavatkozások, illetve a szakértői tekintet metszéspontjában válik „láthatóvá”. E térben a nézőközönség nem csak személyek, hanem akár intézmény formájában is létrejöhet, így válik a szégyen az intézményi működés melléktermékévé, ami fegyelmez, némít, konformizál.

Elias (1939/2000) „szégyen-ernyő” metaforája a test és a szexualitás körüli szemérem- és hallgatáskultúrában is tovább él: a női testre vetített normák eufemizmusokat, elhallgatásokat és nyelvi kerülőutakat hoznak létre. A szégyen tabusítása, ahogy Scheff (2003, 249) írja, önmagát erősítő folyamat: szégyelljük, hogy szégyellünk. A szégyen ezzel láthatatlanná válik, miközben a hatalom finom érzelmi technológiájaként működik. Ebben az összefüggésben a szégyen nem csupán érzelem, hanem a társadalmi rendet fenntartó gyakorlat is: a női test feletti kontroll és a hallgatás kultúrájának egy formája.

A feminista pszichoanalitikus olvasat tehát visszahelyezi a szégyent a szélesebb társadalmi térbe, ahol az a test, a tekintet és a hatalom metszéspontjában működik. Ez az elméleti háttér megteremti annak lehetőségét, hogy a következőkben a szülészeti erőszakot a test, a hatalom és az intézményes gyakorlatok metszetében vizsgáljuk – különös tekintettel a medikalizált szülészeti diskurzusra.

A szégyen szerkezete

Fenomenológiai szinten a szégyen teljes személyiséget érintő élmény: nem egyetlen viselkedéshez, hanem az én egészéhez kapcsolódik („rossz vagyok”, és nem „rosszat tettem”). A „szégyen-szcenárió” kifejezés pontosan erre utal: nem izolált reakció, hanem affektív, kognitív, testi és interakciós összetevők egymásba fonódó mintázata, amelyben a szelf, a másik és a közösségi norma egyszerre van jelen. A szégyen-szcenárió elemei: (1) kiváltó helyzet, (2) mögöttes intrapszichés konfliktus, (3) közönség (valós vagy belsővé tett), (4) testi reakciók, (5) emlékezeti lenyomat, (6) megküzdés és (7) reparáció (Seu, 1996). A kiváltó helyzet egy adott esemény, amely láthatóvá teszi az ént, míg a mögöttes ok a belső konfliktus – tipikusan az énídeál sérülése, a nárcisztikus deficitok vagy a kontrollvesztés tapasztalata (Broucek, 1991). A szégyen lényege az expozíció: az én túlzott láthatósága egy tekintet – a „néző” – előtt. Ez a helyzet gyakran fiziológiai reakciókat vált ki: elvörösödést, mozdulatlanságot, lefagyást (Lewis, 1971).

A szégyen-epizód emlékezetes marad; szinte azonos intenzitással újraélhető, és ismétlődéséből „szégyen-szorongás” épülhet. A megküzdés formái – visszahúzódság, hallgatás, düh, tagadás – gyakran paradox módon védelmet is jelentenek, még ha egyben önkorlátozást is hoznak. A nők szégyenteli pozíciójának (*shameful position*) felvételéhez tipikusan visszahúzódság és hallgatás kapcsolódik (védelem, de egyben önkorlátozás), és a szégyen diskurzív pozicionálásként is működik (énideál, nőiesség, test, heteroszexualitás címkéi). A reparáció tipikusan az elfogadás vagy újrakapcsolódás aktusa, fantáziája révén történik, amely helyreállítja a szégyen által megszakított köteléket. A szégyen affektus-családja tág skálán mozog: az enyhe zavar és a teljes megalázottság között, gyakran szorongással és depresszív tónussal társulva (Lewis, 1971).

A fenti szégyen-szcenárió fogalmi vázat ad a további elemzésekhez: egyszerre kezeli az intrapszichés és az interszubjektív/diskurzív dimenziókat, így jól illeszthető a pszichoanalitikus, interakcionista és feminista keretekhez.

A test határainak kulturális szimbolikája

Mary Douglas (1966) klasszikus munkája szerint a test határai a társadalmi rend határait tükrözik, ami alapvető sérülékenységet rejt minden társadalmi és gondolati rendszerben. Minden társadalom arra törekszik, hogy fenntartsa a „belső” és a „külső”, a „tisztá” és a „szennyezett” közti különbséget. A test ilyen értelemben a társadalmi

rend szimbolikus képmása. A test határai, nyílásai és felszínei a kultúra szorongásainak kitüntetett helyei, mivel ezekben a pontokban érintkezik egymással természet és kultúra, belső és külső. Douglas úgy fogalmaz: a szennyeződés nem más, mint „anyag, amely nincs a helyén” – a szimbolikus rend megsértésének metaforája (Douglas, 1966, 44), a határok átjárhatóságának tapasztalata. Julia Kristeva (1982) az abjekt fogalmával írja le azokat a jelenségeket, amelyek valaha a test részei voltak, s megőriznek valami mágikus kapcsolatot a testtel.

A tisztaság törvényei valójában a társadalmi hatalom nyelvei. A rítusok – legyen szó vallási szertartásról vagy kórházi eljárásról – ugyanazt a célt szolgálják: a határok kijelölését és a rend megszilárdítását (Csabai & Erős, 2002). A tisztaság szabályai mindig az abjekt elutasítását testesítik meg – gyakran azt, ami az anyai testre emlékeztet: a menstruációs vért, a váladékot, a szülést (Kristeva, 1982). Condren (1999) gondolatmenetében a patriarchális vallások és a modern tudomány ugyanarra a logikára épülnek: az anyai test kizárása és megszelídítése biztosítja a rend illúzióját. A patriarchális világ abban legalábbis egyetért, hogy az abjekt, a női és a halál egymással összefonódnak. A női test ezért a halandóság szimbóluma is: az élet és a halál közötti határterület, amelyre a kultúra saját törekénységét vetíti.

A szülés ennek az abjekciós tapasztalatnak az egyik legintenzívebb formája: a kulturális rend szemszögéből a testi ösztönök áttörését jelképezi. A szülő nő teste így a rend és a káosz közti határpont: egyszerre teremt és veszélyeztet. Aki a határhelyzetben van, az egyaránt „érintkezik a veszéllyel és a hatalommal” (Douglas, 1966, 121). A modern női test kettős pozícióba szorul: egyszerre idealizált (mint az életadó) és veszélyes (mint az irracionális, érzelmi és kiszámíthatatlan). A patriarchális rend ezért igyekszik mozdulatlaná, csendessé, „kezelhetővé” tenni (Turner, 1996). A fekvő, immobilizált test a hatalomnak engedelmes test. Az otthonaszülés, a testi autonómia vagy a fájdalom természetes megélésének igénye e logikába a testi folyamatok kiszámíthatatlanságát illeszti, így a rend megbomlásának lehetőségét hordozza magában.

A szülés a kulturális határok megsértésének aktusa-rítusa, de egyben a hatalom újratermelésének is terepe. A következőkben a liminalitás fogalmán keresztül azokat a pszichológiai és társadalmi mechanizmusokat vizsgáljuk, amelyek a test e nyitottságát – a szülés élményét – a fegyelem és szégyen logikájába illesztik.

A szülés mint liminális állapot

Victor Turner (1996) liminalitás-fogalma különösen hasznos lehet a szülészeti erőszak és a szégyen összefonódásainak vizsgálatában. A liminális állapot a „sem itt, sem ott” lét ideje – amikor az ember kilép megszokott státuszából és identitása feloldódik. Az általános normák és kötelezettségek megszűnnek, ezzel egyidejűleg a részvételiség és szabadság korlátozásával egyfajta kitaszítottság is megjelenik. A vajúdás ilyen értelemben klasszikus liminális helyzet: a vajúdás idején az identitás, a kontroll és a szokásos rend felfüggesztődik, a test átmenetivé válik – érzékeny, határ nélküli, fokozottan nyitott a környezet rezdüléseire. A tudat áthangolódása, a hipofrontális és

az ösztönös ritmusok megjelenése a szubjektumot a racionalitás horizontján kívülre helyezi. A liminalitás állapota itt a biológiai folyamat mellett a kulturális elvárások hátrahagyását is jelenti: a nő kilép abból a szerepből, amelyet a társadalom a racionális, kontrollt gyakorló szubjektumnak kijelöl. A testi átadás és a kontrollvesztés biológiai szükségszerűsége viszont ütközik azzal az elvárással, hogy önuralmat gyakorló, tudatos nőként megfeleljen a racionalitás, az előrelátás és a felelősség normáinak.

Donna Haraway (1991) szerint a háború utáni technológiai diskurzusok központi dogmája lett a magasabbrendű kontrollrendszerbe vetett hit: a test, akár az organizmus, a felügyelet hálózataivá válik. A modern egészségkultúrában a fegyelmezett test az ideál, amely a kontrollt, a rendezettséget, a felelősséget jelképezi, míg a kontrolvesztett, kiszámíthatatlan, természetes test a veszélyt, a szétesést, a „fertőző” Másikat (Frank, 1995). A kórházi tér így nem csupán a higiéné, hanem a kulturális tisztaság őreként működik. Aki vállalja a testi vagy viselkedési „rizikót”, a modern rend szemében morális veszélyforrásként jelenik meg (Douglas, 1966). Minél merevebb és hierarchikusabb egy társadalom, annál kevésbé megengedett a testi kifejezőmódok sokszínűsége, és annál szigorúbban szabályozza azokat – így válik a test és a testtel kapcsolatos megnyilvánulások a társadalmi kontroll elsődleges terepévé. A test határainak és tisztaságának védelme ezért is foglal el ilyen központi helyet minden kultúrában: a társadalmak szimbolikusan és intézményesen is szabályozzák a testet. Ezt a pszichopolitikai elmozdulást a „pszichológiai állampolgár” kialakulásaként írhatjukják le: az autonóm, önuralmat gyakorló, felelős alany alakjaként, akinek saját teste fölött kötelessége uralmat gyakorolni (Rose, 1996; Ussher, 2006).

Az egészség ma nem egyszerűen a betegség hiánya, hanem morális státusz, a „jó állampolgárság” jele. A kórházi környezet a modern rítus szimbolikus tere, ahol a női test a „biztonság” és a „kockázat” kategóriái között helyezkedik el; e kettő ellentéte a normalitás határát is jelöli. Bryan Turner szerint „a női test a társadalom morális határainak jelölője”: egyszerre idealizált és veszélyes. A társadalom a saját rendjét e határ fenntartásával őrzi: a kockázatmentes nő eszményével és a kockázatos nő feletti felügyelettel. Bauman szerint a modern racionalitás a „Másikat” pusztán funkcionális akadállyá redukálja, így a női test a technológiai hatékonyság kérdésévé válik: mennyire „működik jól”, mennyire „teljesíti” az intézményi protokollt (Bauman, 1991). A szülés liminális tere azonban e modell megzavarja: a test itt nem uralható, a kontroll hiánya nem erkölcsi hiba, hanem biológiai feltétel. A női test, amely szülés közben e normákat időlegesen felfüggeszti, a kontrollvesztés és a természet közelségének jelképévé válik. A szülés ezért a rend szempontjából különösen szorongáskeltő: a női test a káosz lehetőségét hordozza magában. A vajúdás ideje „kívül esik” a rend normáin – ezért a hatalom visszafoglalja a testet, újra felosztja, méri, megfigyeli.

Ezek a határhelyzetek tehát a társadalom szimbolikus újrászervezésének terei, ahol szükségszerűen felerősödnek a hatalmi mintázatok. A liminális teret tradicionális közösségekben közösségi rítus, a *communitas* élménye töltötte ki: a nők egymás közti tudása, támogatása és részvétele kísérte. A modern szülészetben a testet adatok, diagramok, gépi kijelzők írják át, és a szubjektív élményt felváltja a technológiai

olvashatóság: a protokoll, a mérés, a felügyelet és a kockázatmenedzsment alakítja át a szülés folyamatát a hatalom gyakorlásának rítusává. A szülészeti így a liminalitás paradox terévé válik: egyrészt az átlényegülés, az új élet születésének helye, másrészt a hatalom és a fegyelem terepe, ahol a női test a társadalmi rend újrarajzolásának eszközévé válik. Egyszerre ad teret az élet születésének, miközben megszüntetni kívánja mindazt, ami ebben a folyamatban túl testi, túl emberi, túl női.

A modern orvostudomány, ahogy Foucault (1975) megfogalmazza, a testet a fegyelmezés és kontroll tárgyává tette: a szülés tere így lett a biohatalom mikroszintű működésének színhelye.² A kontrollvesztés, a meztelenség, a testi folyamatok láthatóvá válása a kulturális szorongásokat mozgósítja: a teremtés, a halandóság és a székely érintkezési pontja. A szülés során átélhető székely így a társadalom önfenntartó reflexe: a rend sérülésének érzete, amelyet az intézmény érzelmi és szimbolikus eszközökkel visszaterel a szabályozott térbe.

Wurmser (1981) ezt a tehetetlenség és megvetettség intrapszichés triádjaként írja le, amely különösen a hierarchikus, hatalmi viszonyokkal átszőtt terekben – például a kórházi szülés során – válik destruktívvá. Scheff (1988) szerint a székely az elszakadt kapcsolat érzékelése: ott keletkezik, ahol a másik nem látja, nem hallja, vagy nem ismeri el a szubjektumot. A szülészeti környezetben ez a székely intézményileg előállított, mégis egyéni élmény, a társas viszonyok szerkezeti aszimmetriájának érzelmi formája.

A szülészeti erőszak

A vajúdás-szülés alatt a nő tudatállapota módosul: extrém testi és érzelmi megterhelés, intenzív fájdalom és kontrollvesztés lép fel, ami fokozott pszichés sebezhetőséggel jár. Pszichoanalitikus szempontból ez az állapot regresszív jellegű – a szülő nő átmenetileg visszakerülhet egy korai, ösztönvezérelt működésmódba, gyermeki kiszolgáltatottságot élve át. Ilyenkor alapvető igénye támad a biztonságos környezetre és egy megnyugtató másik jelenlétére, akár csak egy kisgyermeknek. A szülés interszubjektív természete abban is megmutatkozik, hogy sosem független a társas kontextustól: a jelen lévő személyek – vagy épp hiányuk – szerves részei a folyamatnak, és alapvetően befolyásolhatják a szülés kimenetelét (Székely, 2016).

A fegyelmezés dinamikája ugyanakkor sok esetben nem a nyílt megalázással indul, hanem már korán, implicit módon – gyakran infantilizáló kommunikáció és szerepkiosztás formájában – is megjelenhet az ellátásban. A várandós nő tájékoztatása, megszólítása és döntési helyzetbe engedése ilyenkor úgy szerveződik, mintha „nem kompetens” szereplő volna, ami fokozatosan szűkítheti autonómiájának és szubjektív tapasztalatának legitim terét. A megszékelyítés és a szülészeti erőszak direkter eszközei gyakran későbbi szakaszban – különösen elakadás, konfliktus vagy ellenállás

² Fontos megemlíteni, hogy általában a medikalizáció, az intézményesített egészségügyi ellátás, valamint az orvos-beteg kapcsolat, a páciens-szerep már önmagában előkészíti ezt az alá-fölérendelt viszonyt, melyben a szülés liminalitása kontextualizálódik. Ezzel kapcsolatban lásd például a klasszikust: Bálint Mihály (1961). *Az orvos, a beteg és a betegség*. Budapest: Animula, 2003.

esetén – válnak hangsúlyossá, amikor a nő eltér az intézményi normáktól, igényt fogalmaz meg, vagy nem illeszkedik az elvárt viselkedéshez. A szakirodalomban a szülészeti erőszakot gyakran strukturális, nemis alapú erőszakként írják le, hiszen a patriarchális orvoslás hatalmi hierarchiaiban gyökerezik:

„A nők által tapasztalt nemis alapú szégyen, amiért nem tudják magukat jó nőként és megfelelő anyaként megalkotni, a szülészeti erőszak egyik legfontosabb mechanizmusa. A nők testének feminizálására törekedve a szülészeti erőszak folyamatosan használja a nemis alapú szégyent (erőszakos) eszközként, amellyel a nőket nőiségük elvesztése, túlzott szexualitásuk vagy rendezetlenségük miatt becsmerli. Ez úgy valósul meg és marad fenn, hogy szégyenbe hozza a nőket azért, mert rossz anyák lesznek, és mert ellentmondanak az önzetlen, önfeláldozó anyaság mítoszának.” (Cohen Shabot & Korem, 2018, 4.)

A kommunikáció szintjén a szégyen leggyakrabban a verbális bántalmazás formájában jelenik meg. A nők beszámolóiban visszatérő elem a szégyenkeltő bagatellizálás, a fájdalom megkérdőjelezése, a lekezelő vagy tárgyiasító megszólítás (Sadler & mtsai, 2016). Fontos kiemelni, hogy a szülészeti erőszak nem mindig szándékos rosszindulat eredménye – gyakran a rutin, a túlterhelt rendszer, a személytelen protokollok mellékterméke. Még a segítő szándékú orvosi beavatkozások is – amennyiben élettelenítik a folyamatot és figyelmen kívül hagyják a nő szubjektív élményét – könnyen a mély traumatizáció forrásaivá válhatnak. A fegyelmezés ilyenkor sokszor mikroszinten, paternalista rutinokban ragadható meg: a tájékoztatás elnagyoltságában, a döntések „helyette” történő meghozatalában, illetve a gyermekként kezelő megszólításokban. Így az infantilizálás nem külön epizód, hanem az ellátás mindennapi működésmódja is lehet, amely elakadás esetén könnyen nyílt megszégyenítéssé vagy kényszerre éleződik. Mindezek nyomán a szülő nő sokszor engedelmességre kényszerített testként éli meg magát, akitől az intézmény átveszi a kontrollt. Ez a helyzet kapcsolati traumává válik: az anya azt érzi, hogy a rendszer elárulja őt – nem partnerként, hanem objektumként kezeli –, s ez a létélmény mély identitássérülést idézhet elő.

A szégyen nyelve

A modern nyelvi térben a szégyen a kimondhatatlanság státuszába kerül. Az a tapasztalat, amely egykor kollektív büntudatként és nyilvános vezeklésként intézményesült, ma belsővé tett, individualizált forma, amelyre nincsenek adekvát kifejezések. Ez különösen igaz a női testet érintő, medikalizált traumák esetében, mint amilyen a szülészeti erőszak. A megszégyenített test nem tudja megnevezni azt, ami történt vele, mert a kulturális diskurzus elfojtja ennek lehetőségét. A trauma ezért nemcsak fizikai vagy pszichológiai, hanem társadalmi és nyelvi is: a szégyen láthatatlanságra van ítélve, és így rejtve marad a feldolgozás és a gyógyulás előtt.

A szülészeti erőszak diszkurzív elfojtása, az élmények trivializálása és patologizálása egy olyan társadalmi tudatlanságot táplál, amelyben a szégyen közösségi feldolgozása lehetetlenné válik. A szégyen feldolgozhatóságának kulcsa a

társas narratív tér: hogy el lehet mesélni, reflektálni, értelmezni a történeteket (Koskinen & mtsai, 2024).

Kristeva gondolatát idézve: „Az abjekt és a szent, a vágy és a tudás, a halál és a társadalom határai között élek: abjekt vagyok, mert halandó és beszélő vagyok” (Kristeva, 1982, 159). Ebben a mondatban egyesül a test, a halál, a nyelv és a szégyen tapasztalata. A határ sérülése – legyen az testi, nyelvi vagy társadalmi – az emberi lét feltétele. Julia Kristeva a női testet a jelentésképzés szemiotikus dimenziójával azonosítja: a test ritmusai, mozdulatai és érzelmi impulzusai a szimbolikus rend határait fellazító, új nyelvi formákat hoznak létre. A női szubjektum ezért nem egységes és lezárt, hanem többszólamú és nyitott, ahol „a nyelv nem egyetlen hangon szól, hanem különböző ritmusok, törések és testi intenzitások pluralitásában” (Kristeva, 1979/1986, 191–192). Luce Irigaray hasonlóan elutasítja a női test hiányelvű értelmezését: a női testet a sokszoros kapcsolódás és az érzéki önviszony jellemzi. „A nő mindenütt érzékel. Öröme nem egy, hanem sok. A női test gazdasága nem hiány, hanem fluid, érintéseken és kölcsönösségen alapuló viszony” (Irigaray, 1985, 28–31).

Mindkettejük gondolkodásában a női test nem passzív biológiai entitás, hanem a jelentés, az érintés és a nyelv aktív médiuma – a beszélő test (*corps parlant*), amely ellenáll a szimbolikus rend egységesítő, patriarchális logikájának.

A szülés nemcsak testi, hanem nyelvi esemény is – a női szubjektum megszületésének és egyidejű elnémitásának rítusa. Julia Kristeva *Stabat Mater* című esszéjében írja: „Az anyaság folyamatos szétválás, saját húsának megosztottsága. Ez a megosztottság a nyelv megosztottsága is, s e hasadásban születik meg a szubjektum.” (Kristeva, 1985, 180.) Az anyaság tehát a testben végbemenő nyelvteremtés: a fájdalom, a légzés, a vér és a mozdulat a beszéd előtti írás formái. A modern orvosi nyelv azonban a szülés tapasztalatát a racionális diskurzusba helyezi át. A nő teste így elveszíti a saját jelentésképző erejét, és csupán a szimbolikus rend – a törvény, a protokoll, a tudományos logika – hordozójává válik.

A szégyen feldolgozásának kulcsa a történetmondás, az újramegnevezés. A női test újramegnevezése egyben kulturális újraírás is. A test „dekolonizációja” abban a folyamatban valósul meg, amikor a nők visszaszerzik a jogot saját testi tapasztalataik értelmezésére, és a szülést nem a hiány, hanem a tudás és az erő forrásaként élik meg (Kisdi, 2012). A test így kilép a szégyen nyelvéből, és a kapcsolódás médiumává válik. A posztmodern szüléskultúrák ezt a változást a holisztikus, nőközpontú ellátásban testesítik meg, ahol a test, a nyelv és az autonómia újra összetartozhat. A megoldás nem feltétlenül az orvosi beavatkozások teljes elutasítása, hanem a nőközpontú, informált választásokat támogató modell elterjesztése lehet, amelyben a szülést kísérő szakemberek tiszteletben tartják a nő autonómiáját, testtudatát és érzelmi igényeit. Az olyan modellek, mint a holisztikus vagy *midwifery-led care*, amelyek a természetes szülési folyamat támogatását és a személyes kapcsolódást helyezik előtérbe, jelentősen csökkenthetik a negatív szülésélmények előfordulását, és elősegíthetik a pozitív kimenetelű születeket (Sandall & mtsai, 2016).

Valamiből valakivé válni – diszkusszió és következtetések

A szülő nő „önkéntelenül is gyermeki kiszolgáltatottsággal viszonyul a »mindenható« szülőként jelenlevő orvoshoz”, mintha a doktor egy mindentudó, hatalmas apa- vagy anyafigura lenne (Székely, 2016). Ez a torzított percepció részben abból fakad, hogy a kórházi gyakorlat hagyományosan az orvost tekinti a szülés „levezetőjének”, fő felelősének. A felelősség és kontroll így módon áttevődik a szakemberre, míg az anya sokszor tehetetlen, engedelmes beteg-szerepbe kerül. Pszichodinamikai szempontból ez a helyzet az elsődleges tárgykapcsolati mintázatokat hívja elő: a nő – aki ekkor testi-lelki kiszolgáltatottságban van, akár egy gyermek – tudattalanul azt várhatja a szüléskísérőtől, amit valaha az anyjától vagy apjától várt: védelmet, útmutatást, megnyugtatót. Tárgykapcsolati értelemben tehát a szülő nő és a kísérők közt kialakulhat a korai gondozó–gyermek viszony egyfajta újrarájátszása – amely lehet megnyugtató, „jó” élmény vagy retraumatizáló „rossz” élmény, attól függően, a segítő figura képes-e „elég jó szülőként” funkcionálni a szülés kritikus óráiban.

Ezzel szemben, ha a segítő kapcsolat minősége hiányos vagy negatív, a vajúdo nő könnyen az elhagyatottság és a szégyen érzésvilágába zuhanhat. Amennyiben az orvos vagy szülésznő nem ér rá érzelmi támogatást adni, túlságosan távolságtartó, netán durva vagy lekezelő, a nő pszichésen magára hagyva érezheti magát a fájdalommal. Ilyen helyzetben az alapvető bizalom meginog: a vajúdo azt élheti meg, hogy nincs senki, aki átsegítené a kiszolgáltatottságán. Stolorow interszubjektív trauma-elmélete szerint a trauma lényege gyakran abban áll, hogy az elszenvető egyedül marad az elviselhetetlen érzéseivel – azaz az élmény nem talál „relációs otthonra” egy empatikus másiknál. A szülőszobán, ahol a nő különösen rá van utalva a gondoskodásra, egy empátia nélküli attitűd azt az érzetet keltheti benne, hogy érzelmileg cserbenhagyták. A szégyen ilyenkor könnyen megjelenik, hiszen a nő tehetetlen kiszolgáltatottságában még azt is hiheti, hogy vele van a baj. A szülő nő ilyenkor átélheti „a létezés elviselhetetlen beágyazottságát”, vagyis azt, hogy egész létezése menthetetlenül kiszolgáltatott és sebezhető (Stolorow, 2011, 3). E szégyen- és elhagyatottság-élmény gyakran a nő eltárgyasulásával függ össze. A szégyen ilyen helyzetben az elhagyatottság és kiszolgáltatottság érzésével párosulva konformitásra és engedelmességre ösztönöz.

Helen B. Lewis (1971) klasszikus szégyenelmélete szerint a szégyen a szelf percepciójának krízise: mintha a személy pillanatokra önmaga megsemmisülését élné át, kívülről látva és értéktelennek érzékelve magát. Ha a szülés körüli segítők nem nyújtanak tükröt és megértést a vajúdo nő élményeinek, akkor ez a belső szégyenrobbanás feldolgozatlanul maradhat.

Az alanyok társadalmi és erkölcsi személyként való létezésük során elkerülhetetlenül átélnek egyfajta szégyent, az elnyomott emberek – például a nők – azonban emellett egyfajta átható szégyent is átélnek, amely a különböző strukturális elnyomások (például a szexizmus és a rasszizmus) által testükre gyakorolt folyamatos és tartós fegyelmezés eredménye. Ahogyan Bartky (1997, 96) osztálytermi női hallgatói kapcsán megjegyzi: „Ezeknek a nőknek a szégyene nem egyedi eset volt, hanem állandó hangulat, az élet átható érzelmi íze”. Eszerint tehát a nemi alapú

szégyen „az elnyomottak szégyene” kifejezésének egy speciális formáját képezi. A munka világában ez a szégyen egyrészt abból a tárgyiasító tekintetből fakad, amely a nők dolgozó testét piszkos, túlságosan szexuális, nem elég nőies, diszfunkcionális testté alakítja, másrészt abból a strukturális tendenciából, hogy a dolgozó nőket leendő anyákként kezelik (elválasztva korábbi identitásuktól, mint „csak” nők), akiktől „jó anyaságot” várnak el. A sztereotipikus jó anyaság, amely teljes áldozatot és kizárólagos törődést követel a csecsemő szükségleteivel (a nők szükségleteivel ellentétben), a szülészeten gyakran jelen lévő nemi alapú szégyen középpontjában áll.

Jessica Benjamin (2004) pszichoanalitikus feminista elmélete szerint minden emberi kapcsolatban fennáll a feszültség a kölcsönös elismerés (azaz két autonóm szubjektum egyenrangú viszonya) és az uralom (alá-fölérendeltség) között. A szülészoba gyakran az utóbbi terepe: a tekintélyelvű orvos és az engedelmes páciens szerepei könnyen rögzülnek.

A pszichodinamikai következmény a kettős frusztráció: az orvos számára teher a teljes felelősség (ami szorongáshoz, túlkontrollhoz vezethet), az anya számára pedig megalázó tehetetlenség, ami dühöt és/vagy önfeladást szül. Az egészséges kapcsolat feltétele a kölcsönös szubjektummá válás – amikor mindkét fél elismeri a másik autonómiáját és személyként való egyediségét. A szülészobán ez azt jelentené, hogy az orvos/bába partnerként tekint az anyára, bevonja a döntésekbe, tiszteli a testét és az akaratát; az anya pedig megbízik a szakemberben, de megőrzi ágenciáját, azaz beleszól a folyamatba, jelzi igényeit. Ilyen interszubjektív térben a szülés folyamata közös munka, ahol mindkét fél aktív – kölcsönösség van uralom helyett.

A frusztráció következtében a szülész orvos, szülésznő pedig gyakran kiég vagy érzéketlenné válik, mert egyoldalúan a kontrolláló szerepbe kényszerül, és nem kap valódi visszajelzést, elismerést a páciensről mint szubjektumról. Benjamin (2004) elmélete rávilágít arra is, hogy az uralmi viszony stabilizálásához mindkét fél „asszisztál”: az alárendelt is fenntartja – sokszor tudattalanul – a maga behódoló szerepét, mert fél a konfliktustól vagy mert így szocializálták. A szülés világában ezt látjuk abban, hogy generációk nőttek fel azon az üzeneten, hogy „az orvos jobban tudja, mi jó neked, ne szóljon bele a beteg”. Ez a hagyomány a női autonómia elnyomását eredményezte. Pedig – ahogy a természetes szülés mozgalmak hangsúlyozzák – a női test tudja a dolgát, és az anyának joga és képessége van beleszólni abba, mi történik vele. Kölcsönösség akkor alakul ki, ha a szakember is belátja ezt, és hatalmát megosztja az anyával (pl. közös döntések, alternatívák felkínálása, anyai ösztönök tiszteletben tartása formájában). Ennek elmaradásakor a felek egymás ellenében működnek, nem egymással összhangban. Ez a helyzet mindkettőjükben indulatokat szülhet – az orvos frusztrált lesz az „engedetlen” beteg miatt, az anya megalázva érzi magát. A pszichés háttérben gyakran archaikus tartalmak mozognak: a nő számára a tekintély az elnyomó apa vagy anya figuráját ölti, akivel kamaszos dacba keveredik; a szakember számára pedig a „hisztis”³ vagy „irracionalis” női páciens képe fenyegető. Így a színpalak mögött mindketten a saját korai tárgykapcsolati drámájukat játszhatják újra, ami tovább nehezíti a valódi

³ Azaz „hisztériás”; Juliet Mitchell (1984) szerint „a hisztéria a pszichoanalízis alapító betegsége” (id. Borgos, 2017). Lásd még Bánfalvi, 2001; Csabai, 2007.

találkozást. Jessica Benjamin (2004) szerint a kiút az, ha a felek tudatosítják ezt a dinamikát és törekednek a másik elismerésére.

A nők megszégyenítése már jóval a szülés előtt megkezdődik. Könnyű megszégyeníteni a szülő nőt, mert ez már jól ismert eleme a női személyiségüknek, egy felismerhető hely, ahol a nőiesség bizonyos értelemben biztonságban van (Bartky 1990). A patriarchális kultúrában a szégyen a nőiesség szerves része. A szülészeti erőszak azon alapul, hogy a nők szégyenkeznek – főleg azért, mert megszegik a sztereotipikus nőiesség és anyaság szabályait és kódjait. Az erőszak és a szégyen (és a szégyen mint erőszakos eszköz) szükségesnek tűnik ahhoz, hogy ezeket a nőket megszégyenítsék, visszatérítsék őket a szelíd nőiességhez, és felkészítsék őket az „intenzív anyaságra” (erről lásd Ita, 2024). A nemi alapú szégyennek való ellenállás viszont a szülészeti erőszak elnyomó hatalmának megkérdőjelezését jelenti.

A szülészeti erőszak egyik központi jellemzője, hogy az áldozat láthatatlanná válik: meggyengül a testi kapcsolata a világgal, és nem ismerik el a veleszületett sebezhetőségét (Cohen Shabot, 2020). Simone de Beauvoir kétértelműség-konceptiója segít ennek a tapasztalatnak a fenomenológiai megértésében: az emberi létezés egyszerre test és tudat, egyszerre alany és tárgy, egyszerre szabadság és adott helyzet; a szülés pedig e kétértelműséget a test átjárhatósága és kiszolgáltatottsága révén különösen felerősíti (Beauvoir, 1947/1976; 1949/2011). A modern szülészeti ellátás ugyanakkor gyakran úgy kezeli ezt az ambivalenciát, hogy a szülő nőt mérhető, menedzselhető testként állítja elő: a protokollok, a monitorozás és a felügyelet rendje a testet „esetté” formálja, miközben a tapasztaló alany perspektívája háttérbe szorul. Ilyen értelemben a „testi kapcsolat elvesztése” nem a testiség hiányát jelenti, hanem azt, hogy a test nem a szubjektivitás hordozójaként, hanem tárgyasított felületként válik értelmezhetővé. Judith Butler sebezhetőség-konceptiója ehhez azt teszi hozzá, hogy a sebezhetőség eleve relációs és társadalmilag közvetített: a test sérülékenysége mindig elismerési keretek között válik láthatóvá vagy láthatatlanná, és ezek a keretek szabják meg, kinek a fájdalma és kiszolgáltatottsága számít legitimnek (Butler, 2004, 2016). A szülészeti erőszak így az elismerés kudarcaként is leírható: a szülő nő sebezhetősége nem gondoskodást és együttműködést hív elő, hanem kockázati tényezőként, rendszeti problémaként vagy „menedzselendő” zavarként jelenik meg. Ebben a perspektívában válik érthetővé a láthatatlanság élménye: a szülő nő nem mint sebezhető és cselekvő alany, hanem mint adat, „kockázat” vagy „funkcionális test” nyer státuszt az ellátásban.

Ez a „fragmentált ellátás” embertelen bánásmódhoz vezethet: a nőket tárgyakká alakítják, ahelyett, hogy gondoskodnának róluk. Ez az embertelenség a traumás szülés és a szülészeti erőszak központi jellemzője, amint azt számtalan jelentés leírja: a nők arról számolnak be, hogy testükben fragmentáltnak érezték magukat, mintha meghibásodott gépek lennének, amelyeket meg kell javítani, néha úgy manipulálták őket, mintha húsdarabok lennének, semmilyen önrendelkezésük nem volt, idegenek tekintetében voltak kitéve anélkül, hogy megkérdőjelezték volna őket, és átlátszóak voltak, mintha nem is léteznének alanyként, mintha csak adatok lennének (Beck, 2004a, 2004b; Elmir & mtsai, 2010; Martin, 1987; Thomson & Downe, 2008).

A nők úgy érzik, hogy testüket megsértik, sőt meggyalázzák; elidegenedésről és disszociációról számolnak be, miközben elviselik az erőszakos szülést. A „kikerült szégyen” (*bypassed shame*) elmélet szerint a disszociáció megvédi a szégyen fájdalmától. Ezzel szemben azonban kutatási eredmények igazolják, hogy a disszociáció nem csökkenti a szégyent, hanem fokozza azt. Az árulós trauma-elmélet szerint a disszociáció és a szégyenélmény csökkenti a bántalmazás tudatosságát, hogy rövid távon megvédjen egy kulcsfontosságú kapcsolatot. A nők alacsonyabb szociális státuszukból kifolyólag szégyenre hajlamosabbak (Goldberg & Freyd, 2006; H. B. Lewis, 1987). A szülészeti trauma „magas árulásértékű trauma” (*high betrayal trauma*, HBT), amely során egy megbízhatónak hitt személy (pl. egészségügyi személyzet) okoz kárt, ami különösen hajlamosít a szégyenre és a disszociációra. Az áldozat önmagát hibáztatja és a fájdalmas tapasztalatokat elzárja a tudatból. Sőt: maga a disszociáció megélése is félelmetes és szégyenletes. A szégyen és a disszociáció együtt szolgálhatják a *betrayal blindness* állapotát – a kapcsolat fennmaradása érdekében az áldozat nem látja, mi történik vele. Ez nem csak szituatív szégyenként jelenik meg, de hosszú távon súlyos következményei vannak: a testi integritással együtt az én is sérül, az árulás nyoma identitásszintű élménnyé válik, és az énkép tartós zavarához vezethet (Platt & mtsai, 2017).

A kutatások ismét rávilágítanak a kommunikáció, a törődés jelentőségére, hogy a szülő nő azt érezhesse, ő „valaki” a szülés során, nem pedig „valami”, csupán a születendő baba hordozója. Erőszakos szülések után a nők arról számolnak be, hogy csapdában érzik magukat, szoronganak és beleragadnak a traumatikus élménybe, képtelenek túllépni rajta; depressziósnak, dühösnek érzik magukat, néha öngyilkos késztetéseik támadnak. A nők intimitásra, a csecsemőjükkel és partnerükkel való intim érintkezésre való képessége súlyosan sérül a traumatikus szülések után, akárcsak a szexualitásuk (Ayers & mtsai, 2006; Elmir & mtsai, 2010). A traumás szülés leginkább a szülő nők és a személyzet között kialakult hibás interperszonális kapcsolatokról ered (Harris és Ayers, 2012). A nők a figyelmen kívül hagyás élményét jelzik a szülés traumájának legfőbb okaként, amelyet a támogatás hiánya, a rossz kommunikáció, az elhagyatottság és a nyomásgyakorlás követ.

Így Beauvoir (1949/2011) szubjektivitás-fogalma nem merülhet ki a szubjektivitás neoliberais elképzelésében, amely (még potenciálisan is) abszolút függetlenséget és szuverenitást jelent. Ez a hangsúly a szubjektum másokkal való elkerülhetetlen együttélésén, és nem atomisztikus, individuális önmagán, nyilvánvalóan megmutatkozik abban is, hogy Beauvoir gondolatai Heidegger *Mitsein* és Merleau-Ponty szubjektivitás-felfogásából táplálkoznak, amely szerint a szubjektum mindig már eleve a világba és másokba ágyazott, velük testileg összefonódó. Továbbá Cohen Shabot és Korem ezt az érvet használják a szülészeti erőszak nemi dimenziójának magyarázatára, rámutatva, hogy ez a fajta erőszak azért irányul a nők ellen, mert ők a patriarchális társadalom tárgyai, akik hajlamosak a szégyenre, elidegenedtek a testüktől, és elvárják tőlük, hogy passzívak maradjanak (Cohen Shabot, 2016; Cohen Shabot és Korem, 2018). Murphy (2009) a sebezhetőség és a függőség pozitív feminista elismerése mellett érvel, szembeállítva a patriarchális rend autonómiára és függetlenségre vonatkozó túlzottan pozitív megítélésével, miközben nem ismeri el valódi kapcsolati létezésünket a világban:

„...fel kell ismernünk, hogy a test, amelyet a sajátunkként védünk, soha nem lehet csak a sajátunk. Testünkben szükségszerűen ki vagyunk téve másoknak; elismerésért küzdünk, és szenvedünk annak hiányától. Ezért, bár a feminista elméletírók elismerik a testi integritás iránti igény fontosságát, azt is sugallják, hogy az autonómia és az önrendelkezés iránti igény mellett léteznie kell egy másik normatív törekvésnek is. Az autonómia és az integritás iránti igénynek egybe kell esnie azzal a felismeréssel, hogy társadalmi énkünk kialakulásában és fennmaradásában radikálisan függünk másoktól.” (Murphy, 2009, 58.)

A szülészeti ellátás reformjai – a kölcsönösség jegyében – éppen ezt célozzák: egy olyan kultúrát, ahol az orvos és az anya partnerként, egymás szubjektivitását tiszteletben tartva hozzák világra az új életet.

A pszichoanalízisben és a pszichoterápiában központi gyógyító tényező a terapeuta jelenléte, amely biztonságos teret nyújt a páciens legmélyebb érzéseinek, és segít azok átdolgozásában. Érdekes párhuzam, hogy egy jó szüléskísérés sok tekintetben hasonlít egy terápiás folyamathoz. Egyrészt mindkettő egy testi-lelki utazás kísérése: a terapeuta a páciens belső utazását kíséri, a baba a vajúdnő testi-lelki utazását. Mindkettőben kulcs a tartalmazás, megtartás képessége. Frigyes Júlia írja, hogy a jó szülés – akárcsak a jó terápiás beavatkozás – nem attól jó, hogy elkerüli a szélsőséges érzelmeket, szenvedést, hanem attól, hogy ezeket az élményeket sikerül integrálni és értelmet adni neki (Frigyes, 2022).

A vajúdnő és a szülés nem csupán fiziológiai esemény, hanem kapcsolati és kommunikációs folyamat is: a jelenlévő segítők – egészségügyi szakemberek és/vagy a nő által választott kísérő – támogatása érdemben befolyásolhatja a megküzdést, a biztonságélményt és a kontrollérzetet. Bár empirikus tény, hogy támogatás nélkül is lehetséges a vajúdnő és a szülés, az optimális ellátás ideálja nem a „magányos harc”, hanem egy olyan együttműködő helyzet, amelyben a szülő nő szubjektivitása és döntési kompetenciája látható és elismert marad. Ebben az értelemben a támogató jelenlét – különösen az empátikus kommunikáció, a validálás és a testi-lelki együttműködés – csökkentheti az izoláció és a kiszolgáltatottság élményét.

Szerencsére napjainkban már világszerte és Magyarországon is erősödik a mozgalom a szülés rehumanizációjáért (Kisdi, 2023). A szülésélmény minősége nemcsak pszichológiai, hanem társadalmi tét is. A kutatások szerint a szülészeti erőszakot vagy megalázó bánásmódot átélt nők körében gyakrabban fordul elő a szülés elkerülése vagy az újabb gyermekvállalás elhalasztása (Kisdi, 2016). A székely és a trauma tehát nemcsak egyéni, hanem kollektív szinten is hat: beépül a nők közös tapasztalatába, és átrendezi a jövőbe vetett bizalmat. A támogató, validáló szülésélmény ezzel szemben az önrendelkezés és kompetencia új formáját kínálja – a székely helyére a megerősödés élményét állítva.

A változáshoz elengedhetetlen az egészségügyi dolgozók képzése és érzékenyítése a szülés pszichológiai dimenziói iránt, valamint a nők hangjának középpontba helyezése a szülészeti gyakorlatok újragondolásában. Nagy jelentősége van az alulról szerveződő civil szervezeteknek, megmozdulásoknak, mint például a Másállapotot a szülészetben! mozgalom, az EMMA Egyesület, vagy a „Hoztam e világra” videóprojekt, melyek az online térben és segélyhívó vonalon teret adnak a tapasztalatok

kimondásának, felhangosítják az egyén szintjén jelentkező rendszerhibákat. A szülés nem csupán fiziológiai esemény, hanem komplex testi-lelki tapasztalat, amely hosszú távon befolyásolja a nő önképét, anyaságát, kapcsolatait és egészségét. A módosult tudatállapot sérülékenységének tiszteletben tartása és védelme tehát nem csupán humánus, hanem egészségpolitikai szempontból is indokolt.

Ez a megközelítés éppen a tanulmányunkban tárgyalt pszichodinamikai problémákra kíván választ adni: célja, hogy a szülést visszahelyezze a szociális esemény kategóriájába, ahol a nő nem alávetett beteg, hanem főszereplő, és a segítők partnerként működnek közre. A rehumanizáció alapelve a méltóság és autonómia tisztelete, valamint az ellátás empatikussá, emberközpontúvá tétele. „Szükségünk van másokra ahhoz, hogy létezésünk megalapozottá és szükségessé váljon” (Beauvoir, 1949/2011, 129). Az etikai választás az egyetlen lehetséges hiteles választás: ha azt akarom, hogy a saját szubjektivitásomat valóban elismerjék és értékeljék, akkor szükségem van szabad másokra, akik értelmet adhatnak a terveimnek. „A saját szabadságunkra való törekvés mások szabadságára való törekvés is” (Beauvoir, 1949/2011, 73).

Felhasznált irodalom

- Abraham, K.** (1922). Manifestations of the female castration complex. *International Journal of Psychoanalysis*, 3(1): 1–29.
- Andrek A.** (2025). *Kis élet-gombócnak képezem. Várandós anyák és apák kötődése magzatukhoz*. Budapest: Medicina.
- Ayers, S. – Eagle, A. – Wiles, R.** (2006). The role of post-traumatic stress disorder in women's experience of childbirth: A review and meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(2): 107–121.
- Bartky, S. L.** (1990). *Femininity and Domination: Studies in the Phenomenology of Oppression*. New York: Routledge.
- Bauer, J.** (2007). *Miért érzem azt, amit te? Intuitív kommunikáció és a tükörneuronok titka*. Ford. Turóczi Attila. Budapest: Ursus Libris, 2010.
- Bauman, Z.** (1991). *Modernity and Ambivalence*. Cambridge: Polity Press.
- Baumeister, R. F. – Stillwell, A. – Heatherton, T. F.** (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115(2): 243–267.
- Bánfalvi A.** (2001). A pszichoanalízis mint álcás nő. *Thalassa*, 12(2–3): 55–82. [http://imago.mtapi.hu/a_folyoirat/e_szovegek/pdf/\(12\)2001_2-3/055-82_Banfalvi-A.pdf](http://imago.mtapi.hu/a_folyoirat/e_szovegek/pdf/(12)2001_2-3/055-82_Banfalvi-A.pdf)
- Beauvoir, S. de** (1947). *The Ethics of Ambiguity*. Ford. B. Frechtman. New York: Citadel Press, 1976.
- Beauvoir, S. de** (1949). *A második nem*. Ford. Görög Livia, Somló Vera. Budapest: Gondolat, 1971.

- Beck, C. T.** (2004a). Birth trauma. *Nursing Research*, 53(1): 28–35.
<https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>
- Beck, C. T.** (2004b). Post-Traumatic stress disorder due to childbirth. *Nursing Research*, 53(4): 216–224. <https://doi.org/10.1097/00006199-200407000-00004>
- Benjamin, J.** (2004). Beyond Doer and Done To: An Intersubjective View of Thirdness. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73(1): 5–46.
<https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x>
- Borgos A.** (2017). Pszichoanalitikus elméletek nőiségképe Freudtól a feminista pszichoanalízisig. In: Kovács Mónika (szerk.), *Társadalmi nemek. Elméleti megközelítések és kutatási eredmények* (21–37). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
https://real.mtak.hu/73167/1/Pszichoanalitikus_elmeletek_noisegkepe_F.pdf
- Breuer, J. – Freud, S.** (1895). *Studies on Hysteria*. Ford. J. Strachey, A. Strachey. London: Hogarth, 1956.
- Broucek, F. J.** (1982). Shame and its relationship to narcissistic needs. *The Psychoanalytic Quarterly*, 51(3): 421–437.
- Broucek, F. J.** (1991). *Shame and the Self*. New York: Guilford Press.
- Butler, J.** (2004). *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*. London, New York: Verso.
- Butler, J.** (2009). *Frames of War: When is Life Grievable?* London, New York: Verso.
- Butler, J.** (2016). Rethinking vulnerability and resistance. In: J. Butler, Z. Gambetti, L. Sabsay (szerk.), *Vulnerability in Resistance* (12–27). Durham: Duke University Press.
- Cohen Shabot, S.** (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 39(2): 231–247.
- Cohen Shabot, S.** (2020). We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. *Hypatia*, 35(4): 686–703.
<https://doi.org/10.1017/hyp.2020.62>
- Cohen Shabot, S. – Korem, K.** (2018). Domesticating bodies: The role of shame in obstetric violence. *Hypatia*, 33(3): 384–401. <https://doi.org/10.1111/hypa.12428>
- Condren, M.** (1999). Women, shame and abjection: Reflections in the light of Julia Kristeva. *Contact*, 130(1): 10–19.
<https://doi.org/10.1080/13520806.1999.11758875>
- Cooley, C. H.** (1922). *Human Nature and the Social Order*. New York: Scribner.
- Cozolino, L.** (2010). *The Neuroscience of Human Relationships*. New York: Norton.
- Csabai M.** (2007). *Tünetvándorlás. A hisztériától a krónikus fáradtságig*. Budapest: Jószoveg.

- Csabai M. – Erős F. (szerk.)** (2000). *Testhatárok és énhatárok: Az identitás változó keretei*. Budapest: Új Mandátum.
- Deutsch, H.** (1927). *The Psychology of Women*. Vienna: Psychoanalytic Press.
- Douglas, M.** (1966). *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. New York: Routledge.
- Douglas, M. – Wildavsky, A.** (1982). *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers*. Berkeley: University of California Press.
- Ehrenreich, B. – English, D.** (1978). *For Her Own Good: Two Centuries of the Experts' Advice to Women*. New York: Anchor Books.
- Elias, N.** (1939). *A civilizáció folyamata: Szociogenetikus és pszichogenetikus vizsgálódások*. Ford. Berényi Gábor. Budapest: Gondolat, 2004.
- 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(10): 2142–2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Erikson, E. H.** (1950). *Gyermekkor és társadalom*. Ford. Helmich Katalin, N. Kiss Zsuzsa. Budapest: Osiris, 2002.
- Ettxebarria, I.** (2000). Guilt: an emotion under suspicion. *Psicothema*, 12(1): 101–108. <http://www.redalyc.org/pdf/727/72796011.pdf>
- Ferenczi S.** (1928). A család alkalmazkodása a gyermekhez. In: Erős F. (szerk.), *Ferenczi Sándor* (117–121). Budapest: Új Mandátum, 2000.
- Foucault, M.** (1954; 1963). *Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése*. Ford. Romhányi Török Gábor. Budapest: Corvina, 2000.
- Foucault, M.** (1975). *Felügyelet és büntetés: A börtön története*. Ford. Fázsy Anikó, Csűrös Klára. Budapest: Gondolat, 1990.
- Frank, A. W.** (1995). *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freud, S.** (1898). A szexualitás a neurózisok kóroktanában. Ford. Pető Katalin. In: Erős F. (szerk.), *Sigmund Freud válogatott művei* (117–139). Budapest: Európa, 2003.
- Freud, S.** (1905). Három értekezés a szexualitás elméletéről. Ford. Ferenczi Sándor. In: *A szexuális élet pszichológiája* (31–131). Budapest: Filum, 1995.
- Freud, S.** (1915). Ösztönök és ösztönsorsok. Ford. Májay Péter In: *Ösztönök és ösztönsorsok. Metapszichológiai írások* (41–62). Budapest: Filum, 1997.
- Freud, S.** (1930). *Rossz közérzet a kultúrában*. Ford. Linczényi Adorján. Budapest: Kossuth, 1993.
- Freud, S.** (1933). A nőiség. In: *Újabb előadások a lélekelemzésről* (126–151). Ford. Lengyel József. Budapest: Filum, 1999.

- Frigyes J.** (2022). Születés, szülés, trauma és traumaterápia – a gyógyulás lehetséges útjai. *Imágó Budapest*, 13(4): 115–125. <https://imagobudapest.hu/wp-content/uploads/2020/11/5-Frigyes.pdf>
- Goffman, E.** (1967). *Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face Behavior*. New York: Anchor Books.
- Goldberg, L. R. – Freyd, J. J.** (2006). Self-reports of potentially traumatic experiences in an undergraduate population. *Psychological Trauma*, 2(2): 135–145.
- Haraway, D.** (1991). *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. New York: Routledge.
- Harris, R. – Ayers, S.** (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum ‘hotspots’. *Psychology & Health*, 27(10): 1166–1177.
- Herman, J. L.** (1992). *Trauma és gyógyulás: Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Ford. Kuszing Gábor. Budapest: Háttér – NANE Egyesület, 2019.
- Irigaray, L.** (1977). *This Sex Which is Not One*. Ford. C. Porter, C. Burke. Ithaca: Cornell University Press, 1985.
- Ita M.** (2024). Az anyai ambivalencia és az anyaság idealizálásának összefüggése (az intenzív anyaság korában). *Imágó Budapest*, 13(1): 27–50. <https://imagobudapest.hu/wp-content/uploads/2024/04/4-Ita.pdf>
- Kaufman, G.** (1989). *The Psychology of Shame: Theory and Treatment of Shame-Based Syndromes*. New York: Springer.
- Kisdi B.** (2012). A női test dekolonizációja: A szülés posztmodern szemlélete. *Néprajzi Látóhatár*, 21(3): 23–44.
- Kisdi B.** (2016). Rettenetes – túlélhető – csodálatos: Szülésélmény és szülési hajlandóság. *Iskolakultúra*, 26(11): 52–68. <https://doi.org/10.18427/iri-2016-0038>
- Kisdi B.** (2023). A szülés rehumanizációja. *Pannonhalmi Szemle*, 31(4): 46–53.
- Kohut, H.** (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: International Universities Press.
- Koskinen, E., Henttonen, P., Harjunen, V., Krusemark, E., Piispanen, M., Voutilainen, L., Wuolio, M., & Peräkylä, A.** (2024). Putting self at stake by telling a story: Storyteller’s narcissistic traits modulate physiological emotional reactions to recipient’s disengagement. *PLoS ONE*, 19(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302703>
- Kristeva, J.** (1973). *Revolution in Poetic Language*. Szerk. L. S. Roudiez, ford. M. Waller. New York: Columbia University Press, 1984.
- Kristeva, J.** (1974). *La Révolution du langage poétique*. Paris: Éditions du Seuil.

- Kristeva, J.** (1977). Stabat Mater. In: T. Moi (szerk.), *The Kristeva Reader* (160–186). New York: Columbia University Press, 1985.
- Kristeva, J.** (1979). Women's time. In: T. Moi (szerk.), *The Kristeva Reader* (187–213). Columbia University Press, 1986.
- Kristeva, J.** (1980). *Powers of Horror: An Essay on Abjection*. Ford. L. S. Roudiez. New York: Columbia University Press, 1982.
- Lacan, J.** (1958). The signification of the phallus. In: Lacan: *Écrits: The First Complete Edition in English* (575–584). New York: Norton, 2006.
- Lewis, H. B.** (1971). *Shame and Guilt in Neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lewis, H. B.** (1987). The role of shame in symptom formation. In: H. B. Lewis (szerk.), *The Role of Shame in Symptom Formation* (1–28). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Lynd, H. M.** (1958). *On Shame and the Search for Identity*. New York: Harcourt, Brace.
- Martin, E.** (1987). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Morrison, A. P.** (1989). *The Culture of Shame*. New York: Ballantine Books.
- Murphy, N.** (2009). Vulnerability in feminist theory. *Hypatia*, 24(4): 52–59.
- Nathanson, D. L.** (1992). *Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of the Self*. New York: Norton.
- Odent, M.** (1999). *A szeretet tudományosítása*. Ford. Klukon Bea, Weichinger Andrea. Budapest: Napvilág, 2003.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., & Levy, K. N.** (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21(3): 365–379. <https://doi.org/10.1037/a0016530>
- Platt, M. G. – Freyd, J. J. – Goldberg, L. R.** (2017). Betrayal trauma and dissociation: An update. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(4): 372–395.
- Rose, N.** (1996). *Inventing Our Selves: Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sadler, M., Santos, M. J. D., Ruiz-Berdún, D., Leiva Rocha, S., Skoko, E., Gillén, A., & Luján, M.** (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47): 47–55.
- Sandall, J. – Soltani, H. – Gates, S. – Shennan, A. – Devane, D.** (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Apr 28; 4(4): CD004667. DOI: [10.1002/14651858.CD004667.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5)

- Scheff, T. J.** (1988). Shame and conformity: The deference–emotion system. *American Sociological Review*, 53(3): 395–406.
- Scheff, T. J.** (1990). *Microsociology: Discourse, Emotion, and Social Structure*. Chicago: University of Chicago Press.
- Scheff, T. J.** (2003). Shame in self and society. *Symbolic Interaction*, 26(2): 239–262.
- Scheff, T. J. – Retzinger, S. M.** (1991). *Emotions and Violence: Shame and Rage in Destructive Conflicts*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Schneider, C. D.** (1987). *Shame, Exposure, and Privacy*. New York: Norton.
- Seu, I. B.** (1996). *A Psychoanalytic Feminist Inquiry Into Shame*. Doctoral Thesis. University College London (University of London).
- Stolorow, R. D.** (2011). *World, Affectivity, Trauma: Heidegger and Post-Cartesian Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Stolorow, R. D. – Atwood, G. E. – Orange, D. M.** (2002). *Worlds of Experience: Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Székely Zs.** (2016). A szülés során létrejövő segítő kapcsolat – pszichoanalitikus megfontolások. *Imágó Budapest*, 5(3–4): 41–56. https://imagobudapest.hu/wp-content/uploads/2016/12/Imago_Bp_2016_3-4-szam_pp041-56_Szekely-Zs.pdf
- Székely Zs. – Csabai M.** (2018). Szülésznők tapasztalatai a szülés során létrejövő segítő kapcsolatról: interpretatív fenomenológiai analízis. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 19(2): 176–200. <https://doi.org/10.1556/0406.19.2018.008>
- Tangney, J. P. – Dearing, R. L.** (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.
- Thomson, G. – Downe, S.** (2008). Widening the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4): 268–273.
- Tiedemann, J. L.** (2013). *Szégyen*. Ford. Szegő Andrea. Budapest: Oriold és Társai, 2018.
- Tisseron, S.** (1992). *La honte: Psychanalyse d'un lien social*. Paris: Dunod, 2006.
- Tomkins, S. S.** (1963). *Affect Imagery Consciousness (Vol. 2): The Negative Affects*. New York: Springer.
- Turner, B. S.** (1984). *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage, 1996.
- Turner, V.** (1969). *A rituális folyamat: Struktúra és antistruktúra*. Ford. Orosz István. Budapest: Osiris, 2002.
- Ussher, J. M.** (2006). *Managing the Monstrous Feminine: Regulating the Reproductive Body*. New York: Routledge.
- Wurmser, L.** (1981). *The Mask of Shame*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.