



dr. Kovács Péter – Lacsán Katalin Anna – Esperger Zsófia

A szégyen interszubjektív megjelenése az onkológiai betegségek pszichodinamikus kontextusában

A szégyen a hallgatás nyelve.

(Walter Benjamin [1996] nyomán)

Kultúrtörténeti reveláció: a szégyenérzet és az onkológiai betegség relevanciái

A daganatos betegség traumája, a kényszerű és elkerülhetetlen különbözőség, a kiszolgáltatottság válás, a kontrollálhatatlanság, valamint a másság szubjektív élményvilága gyakran a szégyen affektusában sűrűsödik össze, és az egyén normativitástól való nem kívánt eltérésének stigmájává válik. Ez a fenyegetettség pedig, mint létveszély: kerülendő, pszichikus értelemben lehasítandó az egészségesen, de legalábbis integráltan és kiegyensúlyozottan működni kívánó szubjektum élményvilágáról. Szélsőséges esetben a realitás kontrollja alól is kikerül ez a fajta védekező, az én védelmét szolgáló működés – a szelf mindent megtesz önmaga vélt egységességéért, hiszen ez önértékelésének legbiztosabb (megismerhető, tudatosítható) alapja.

A szégyen az egyik legmélyebben beágyazódott és egyben legnehezebben megragadható érzelem, amely gyakran nem tudatosított, implicit módon van jelen, és csak közvetett jelzésekben válik felismerhetővé (Lewis, 1971). A szégyen nem csupán individuális affektus, hanem történetileg és kulturálisan meghatározott, komplex jelenség, amely a normativitás, a láthatóság és a társas kirekesztés összefüggéseiben nyeri el jelentését. A kultúrtörténeti megközelítés ezért nem öncélú kitérő, hanem annak megértését szolgálja, hogy az onkológiai betegség miért és miként aktiválhatja újra a szégyen korábbi, kollektív és morális jelentésrétegeit az egyén tapasztalatában.

A szégyen jelensége az emberiség kultúrtörténetének korokon átívelő toposza. A bibliai teremtetéstörténetben a szégyen élménye a meztelenséghez kapcsolódóan artikulálódik: az első emberpár a tiltás parancsa elleni lázadás következményeként egyrészt önmaga kitettségét realizálta, másrészt egymás, illetve a Teremtő színe előtt

lelepleződött (és el is választódott Tőle, lásd Bonhoeffer, 1949). Bonhoeffer szerint a szégyen nem csupán az elkövetett cselekedetre, hanem az eredendő elidegenedés-élményre is utal (Bonhoeffer, 1949). Walter Benjamin értelmezésében a nyelv és a beszéd éppen innen eredeztethetően a magyarázkodást, tehát az elrejtést szolgálja, a rejtőzködés stratégiájává válik az ember számára (Benjamin, 1996). A szégyenérzéshez kapcsolódó testiség és lemeztenítettség mellett visszatérő, történetileg is állandó elem a másik személy és annak szempontja. A „másik tekintete” a szégyenélmény feltétele, amely az interperszonális relációban válik eklatánssá, és a megszégyenülés élménye társas mátrixban manifesztálódik (pl. mások elvárásaihoz mérten önmagunk elégtelensége mentén) (Sartre, 1943; Benjamin, 1988).

A szégyen ezzel együtt nem univerzálisan azonos módon megélt érzelem, hanem kulturálisan konstruált és társadalmilag megerősített élményforma. Ruth Benedict a 20. század közepén felhívta a figyelmet arra, hogy bizonyos társadalmakat alapvetően a szégyen és nem a bűntudat szervez: a japán kultúra esetében a „mások általi megítélés” jelenti a belső igazodás vezérfonalát, és nem a belsővé vált ősi morálerkölcsei törvénye (Benedict, 1946). Ezzel szemben a nyugati, különösen a keresztény kulturális hagyományban gyökerező társadalmak a belső normasértést, vagyis a bűntudatot hangsúlyozzák. Erving Goffman (1963) a „megbélyegzés” (stigma) társadalmi mechanizmusait tárta fel. Szerinte a társas interakciók során folyamatosan próbáljuk fenntartani a normális (normatív) identitás látszatát, ám a betegségek, testi eltérések vagy devianciák megkérdőjelezzik ezt a feddhetetlen társas szerepet. A stigmatizáció során a személy nemcsak mások szemében, hanem önmaga számára is csökkent értékűvé válhat. A daganatos betegek a „megromlott test” hordozóiként gyakran olyan szimbolikus jelentésekkel találják magukat szemben, amelyek stigmatizálják őket. Különösen jellemző ez, amikor a betegségek a test nemiséghez, nemi szerepekhez kapcsolódó jegyeit érintik (pl. emlő, erektilis funkció, hajzat-szőrzet, fertilitás stb.). A stigma jelenségköréhez kapcsolódóan a női test, a szexualitás és az onkológiai betegség kapcsolata különösen érzékeny téma.

A daganatos betegség kollektív jelentésmátrixa és kulturálisan telített narratívája többek között a halállal, a fertőzöttséggel és fertőzőséggel is asszociálódik, ezek miatt gyakran tabuvá válik. Ezek az interpretációs nexusok predesztinálják a stigmatizációt, az izolációt, valamint a marginalizálódás egyéni, társas és csoportos folyamatait is. A beteg gyakran nemcsak önmagára tekint „másként”, hanem úgy is éli meg, hogy a különböző társas-társadalmi hiedelmekből táplálkozó fantazmagóriák mentén rá is eltérőként tekintenek. A betegség következtében az átélt másság-élményhez abnormalitás, hiány, veszteség, fájdalom és végesség egyaránt kapcsolódhat az egyén érzelmi élményvilágában. Ezek internalizálása, és a belsővé váló külső tükröződés (Benjamin, 1988) növelhetik az egyén önértékelési zavarát, fokozzák a társas-, kapcsolati-, és szexuális visszahúzódását, ezek által pedig csökken az adherencia (az orvos ajánlásainak követése), de például a szűréseken való részvételi hajlandóság is könnyen inflálódik.

A modern tömegkultúra és a közösségi média tovább erősíti a normatív testkép és viselkedésminták meghatározó jellegét. A pozitív emberkép eszméje mellett a vonzó, erős, fiatal és egészséges test ideálja vált uralkodóvá, amelyből a beteg, műtéten átesett, hegekkel teli test szükségszerűen kiszorul, és megbélyegzetté válik (Bordo,

1993). Ebben a stigmatizáló (és sokszor tabusító) kulturális közegben a daganatos betegek sokszor belsővé teszik az elutasítást: a szégyenérzet a kollektív megítéltségből is származik. Ennek megértése különösen fontos, amikor a daganatos betegek pszichológiai támogatásáról gondolkodunk, hiszen a betegség kapcsán átélt szégyen nem csupán saját belső élményből származó érzelem, hanem szociológiai problémát is jelző társadalmi konstrukció lenyomata is.

Összetett és sokrétű jellege miatt a szégyenérzet verbalizálhatósága korlátozott, a szubjektív élmény része pedig gyakran testi vagy társkapcsolati síkon jelenik meg, és ezek mentén érhető tetten az interpretáció számára. A szégyen különösen intenzíven aktiválódik azokban a helyzetekben, amikor az én határai sérülnek: például társas konfliktusok, krízisek, önértékelési vagy testképzavar, testképváltozás, illetve az egyén integráltságát biztosító pszichés mechanizmusok diszfunkcionális működése, vagy az ezeket fenyegető, interruptív környezeti folyamatok, jellemzően például (élettörténeti) traumák esetében.

A daganatos betegség diagnózisa, az onkológiai kezelésekkel kezdődő és annak következtében történő testi változásokkal, élettani funkciók zavarával, az ezeket kísérő egzisztenciális kérdésekkel és a mindent átható halálszorongással, halálfélelemmel való folyamatos szembesülés nem pusztán testi, fizikai megterhelést jelent, hanem pszichológiai kihívásokat is támaszt, és az egyén identitására is markáns hatással van. Az onkológiai betegség következtében a testi működés elveszíti kiszámíthatóságát, idegenné válik az egyén számára. A megváltozó külső (fogyás, hízás, szőrzetvesztés, műtéti hegek stb.), az onkológiai beavatkozások által elszenvedett csonkítások (abláció, protézis stb.), a szexuális életet érintő nehézségek (fertilitási kérdések, potenciazavar stb.), a kezelési mellékhatások és a többi járulékos, de az egyén számára értelemszerűen markánsan észlelhető, élettani működést is befolyásoló változás a kontrollálhatatlanság élménye által növelheti az egyén által megélt kritikus kiszolgáltatottságot. Ez a kitettség egyrészt a korábbiakban felvetett eredendő leválasztódás, kirekesztődés ös-élményét hívja elő, másrészt az egyén és az én totális kudarcát is manifesztálja (lásd Giddens, 1991). A szégyenhez kapcsolódóan nem egy konkrét cselekedet vagy egy meghatározott viselkedési momentum kerül megítélés alá (ahogy például a büntudatnál a bűn elkövetése), hanem sokkal generalizáltabban, az egész énrre és annak működésére is kiterjedő alapélmény keletkezik, amelynek nyomán elégtelennek, rossznak, undorítóknak stb. érezheti magát az egyén. Míg a büntudat kapcsán a vezeklés elfogadott jóvátételt jelenthet konstruktív megoldásképpen, addig a szégyen az elkerülésre (rejtőzködésre, bujkálásra) predesztinál, és dekonstruktív következményekkel jár az egyén számára (Lewis, 1971; Tangney és Dearing, 2002).

Az onkológiai betegség a testet belülről támadja: az egyént saját testi folyamatai hagyják cserben, egészségességébe vetett bizalma elementáris sérülést szenved, hiszen nincs többé biztonságban, és a saját teste egyben önmaga fenyegetettségének színtere is lesz. A személy a tartós és uralhatatlannak tűnő belső veszélyeztetettség (kitettség) miatt meghasonlik önmagával, az ambivalencia nyomán deperszonalizációt, derealizációt élhet át. Az egyén belső integritását ideiglenesen megtartani próbál, hasításon és disszociáción (pl. deperszonalizáció, derealizáció) alapuló érzelmi, viselkedési működések az átélt kritikus időszak és a krízis jelölői.

A kulturális és történeti jelentésrétegek különösen akkor aktiválódnak, amikor a test mint az identitás hordozója sérülékennyé válik, ahogyan ez az onkológiai betegség esetében történik. A daganatos betegség nem csupán biológiai értelemben érinti a testet, hanem annak határait és társas jelentését is megváltoztatja, ezáltal a szégyen korábban kollektív és morális dimenziói egyéni, testi tapasztalatként szerveződnek újra. A daganatos betegséghez kapcsolódó testi változások így nem pusztán veszteségként vagy funkcióromlásként jelennek meg, hanem szégyennel terhelt élményekké válnak, amelyek próbára teszik a megtartó és biztonságot jelentő kapcsolati teret is. A kulturálisan meghatározott jelentések és a testi tapasztalatok ily módon nem az egyén élményvilágának külső háttereként működnek, hanem a szubjektív megélésben internalizálódva a szégyen belső szervezőelvévé alakulnak. Ennek a folyamatnak a mechanizmusait a pszichodinamikus elgondolások teszik érthetővé.

A szégyen pszichodinamikus elgondolásai

A pszichoanalitikus elméletalkotás arra mutat rá, hogy a szégyen nem pusztán egy diszkrét érzelem vagy affektus, hanem egyfajta alapélmény, amely az én és a másik közös élményében konstruálódik és artikulálódik – ebből adódóan értelmezésében, illetve megértésében elválaszthatatlan az interszubjektivitástól.¹

Freud értelmezésében a szégyen elsősorban olyan érzelemként jelenik meg, amely az ösztönkésztetések (a szexuális és agresszív impulzusok) elfojtásához és a szuperegó által közvetített normák megsértéséhez kapcsolódik. A *Három értekezés a szexualitás elméletéről* (1905) című művében a szégyen a pszichoszexuális fejlődés részeként jelenik meg, kiemelten pedig a fallikus szakaszban manifesztálódik, ahol a kíváncsiság és a szülői tiltások egyensúlyából fakadó feszültségek strukturálják a gyermek alakuló élményvilágát. Freud későbbi írásaiban (pl. Freud, 1914) a szégyen az ideális énkép és a realitás között felismert szakadékként jelenik meg: az én nem tud megfelelni saját belső mércéjének, így önmagát éli meg hiányosként. A szégyen tehát Freudnál az önmagunkra irányuló leértékelő viszonyulás jelölője, az én és az énídeál konfliktusának érzelmi lenyomata.

Ferenczi Sándor a szégyen témájában is kapcsolaton alapuló szemléletet képvisel. A *Klinikai napló* (1932) szövegében a szégyen olyan érzelemként kerül megjelenítésre, amely trauma nyomán alakul ki, és szoros kapcsolatban áll a kimondhatatlansággal, az elhallgatással, valamint a másik személy érzelmi

¹ Az interszubjektivitás pontos jelentése az aktuális elméleti kerettől függően változhat, és mint megannyi pszichoanalitikus fogalom, többszörös jelentéstartalmat hordoz. Az interszubjektivitás lényegét tekintve irányadónak fogadjuk el a Heisenberg kvantummechanikai felismeréseihez kapcsolódó analógiát (Heisenberg, 1927), amely szerint a megfigyelés aktusa nem független a megfigyelőtől, a megfigyelő és a megfigyelt kölcsönösen hatással vannak egymásra (idézi Bokor, 2017). Ez fenomenológiai vetületet is hordoz (többek között Martin Heidegger és Maurice Merleau-Ponty nyomán): a világot nem egy külső, objektív nézőpontból szemléljük, hanem mint „világban-benne-lévő” lények, akik alakítják azt a valóságot, amit éppen tapasztalnak. Az onkológiai kontextushoz kapcsolódó szégyenérzés interszubjektív terápiás elméletet és gyakorlatot érintő megfontolásai a cikk összegző fejezetében olvashatók. Az interszubjektivitás fogalmának vonatkozásában az Olvasó figyelmébe ajánljuk Bokor László összefoglaló tanulmányát (Bokor, 2017).

elérhetetlenségével is. Ferenczi számára a szégyen kialakulása nem elsősorban a normák megsértésének, hanem a kapcsolat megszakadásának következménye: a gyermek megéli, hogy az, amit érez, vagy elszenvet, nem talál visszhangra, sőt, ha azt valahogy kifejezi, akkor elutasítást, megdöbbenést vagy elfordulást vált ki a másiktól. A szégyen Ferenczinél a szülő–gyermek kapcsolati relációba ágyazódik, és később gyakran testi síkon, például a testtel kapcsolatos undorban, elfojtott vágyban, vagy regresszív szexuális viselkedésben manifesztálódik. Míg Freud értelmezésében a szégyen elsősorban a szuperegóval szembeni belső konfliktus eredménye, Ferenczi szerint a szégyen a kapcsolatban megtapasztalt érzelmi visszautasítottság társas kontextusában keletkezik, és szoros kapcsolatban áll azzal az élménnyel, hogy a személyiség vagy az élményvilág egy része nem osztható meg a másikkal. A két eltérő szemléletmód terápiás szempontból is különbséget hordoz: Freud az értelmezésre és az ösztöntartalmak feltárására helyezi a hangsúlyt, míg Ferenczi a terapeuta megtartó, nem leleplező jelenlétében látja a szégyen feloldásának lehetőségét.

A szelfpszichológia alapvetően új megvilágításba helyezte a szégyen pszichoanalitikus értelmezését azzal, hogy a szégyent az énszerveződés zavarának egyik érzelmi tüneteként ismerte fel. Megközelítése szerint a szégyen a tükrözés elmaradására, az empátikus elfogadás vagy a biztonságos kötődés hiányára adott egyik legmeghatározóbb érzelmi reakció. Heinz Kohut (1971, 1977) szerint a szelf alapvető szükségletei közé tartozik az ún. „szelftárgyak” általi tükrözés: az egyén azon élménye, hogy elfogadják, csodálják, értékelik: a szelf-szelftárgy mátrix az anyagyermek, illetve a páciens-analitikus kapcsolat egységes rendszerét, az azon belüli kölcsönösséget, egymásrautaltságot fejezi ki (Bokor, 2017; Kohut, 1984). Amikor a tükrözés elmarad (megszakadó kölcsönösség, egymásrautaltság helyett elszakadás/eltávolodás), vagy nem adekvát, nem tud stabil és koherens szelfstruktúra kialakulni. Kohut az énfunkciók stabilitásának feltételét abban látta, hogy a szelf megfelelő tükrözést, idealizációt és empátiát kapjon a környezetétől. Ha ezek a tükröző funkciók hiányoznak vagy megszakadnak, az egyén koherens énélménye fragmentálódik, és ebben a szétesésben a szégyen válik az elsődleges érzelmi válaszreakcióvá. A szégyen nem egyszerűen kellemetlen érzés, hanem a nárcisztikus sérülés érzelmi lenyomata; nem morális természetű, hanem ontológiai jellegű: az egyénnek abból az élményéből fakad, hogy nem méltó a figyelemre vagy a szeretetre. A szégyen ebben az értelemben azt jelzi, hogy az élményvilág nem volt megosztható, nem volt megtartható a kapcsolati térben. Az elszigetelődés ilyenkor nem pusztán következmény, hanem a trauma lényegi szervezőelvévé válik: az élmény nem integrálódik az élettörténetbe, hanem kimondhatatlan, magányos tapasztalatként marad fenn, így a beteg az interszubjektív visszhangtalanság következtében egyedül marad betegségé élményeivel.

A szégyen mint alapvető interszubjektív jelenség akkor aktiválódik, amikor a másik személy szempontjából – akár valódi, akár belsővé tett módon – olyannak látjuk magunkat, amilyenek nem szeretnénk lenni. Ez a „lelepleződés” (Tiedemann, 2018) vagy „leleplezhetőség” a szégyen mélyebb fenomenológiai struktúrája. A szégyen alaptapasztalata: „valami baj van velem”, ami az én egészének, nem csupán valamely részének vagy egy-egy tettének a leértékelését jelenti.

Donald Nathanson (1992) modellje szerint a szégyen az egyik legfontosabb szekunder affektus, amely a kötődés, a társas elfogadás és az éniintegritás megőrzésének kudarcához kapcsolódik. Modelljében a szégyen nem pusztán elkerülendő affektusként jelenik meg, hanem olyan érzelmi mátrixként, amely patológiás irányba is képes befolyásolni a személyiségstruktúrát. Nathanson szerint a szégyen négyféleképpen kerülhet feldolgozásra: elkerülés, elhárítás, önvád vagy agresszív áttétel révén. Elméletében a szégyent az egyén érzelmi lelepleződésének (*being exposed*) fájdalmas élményeként, a társas egyensúly egyfajta megbillenéseként értelmezi. Szerinte a szégyen nem csupán az én egészére irányuló negatív önértékelés, hanem az érzelmi rendszer egy sajátos megszakadásának (*interruption*) élménye. A szégyen akkor jelenik meg, amikor az egyén valamilyen érzelmi önkifejezése vagy megnyilvánulása (legyen az öröm, vágy, szeretet, érdeklődés vagy intimitás) láthatóvá válik, és ez a láthatóság nem befogadható, kellemetlen, illetve nemkívánatos a másik, adott esetben a szélesebb társas közeg számára. Ebben az értelemben a szégyen nem az érzelem tartalmából, hanem annak megszakadó megoszthatóságából, illetve lelepleződéséből adódik. A személy úgy élheti meg, hogy túlzottan feltárta önmagát, tetten érték: olyasmit mutatott meg magából, ami „nem volt rendben”, „túl sok volt”, és amihez nem kapott validáló/érvényesítő visszajelzést. Amit tehát önmagából megmutat, az nem talál elfogadásra. Ez a tapasztalat, illetve ez a társas kontextusban bekövetkező hatás teszi a szégyent izoláló élménnyé. A szégyen tehát nem az affektus primer jelenléte miatt jelenik meg, hanem annak társas kontextusban való megmutatkozása és interferálása miatt, amely fenyegeti az én koherenciáját és összességében kívánatos, valamint szándékolt szerethetőségét, feltételezhető és elvárt pozitív megítélését is.

Jessica Benjamin (1988) elgondolása némi hangsúlyeltolódást hoz a szégyen értelmezésében: a szégyen a kapcsolati kölcsönösség, az interszubjektivitás megzavarását, sőt annak megszűnését jelzi. A szégyen olyan élményként jelenik meg, amelyben az önmagát kifejezni próbáló személy nem talál elfogadó válaszra, vagy nem kap tükrözést, sem pedig elismerést a másik részéről. Ez nemcsak lelepleződés, hanem egyfajta kapcsolati élmény is: az interperszonális helyzetben a másik nem tartja meg (*holding, containment*, lásd Bion, 1962; Symington J. és Symington N., 1986/1999) a megmutatkozó, feltárulkozó ént, nem válaszol rá érzelmileg, és ezáltal közvetve értékteleníti is azt. Benjamin szerint az én alapvető igénye nemcsak az önazonosság fenntartása, hanem az, hogy érvényes szubjektumként legyen jelen a másik tudatában, vagyis, hogy kapcsolódhasson, miközben a másik tartalmazza őt az érzéseivel együtt. A kölcsönös elismerés (*mutual recognition*) annak a képessége, hogy mindkét fél képes érzékelni a másikat mint önálló, belső világgal rendelkező szubjektumot, és egyúttal fenntartani saját szubjektivitását is. A szégyen ezzel szemben azt az élményt jelenti, hogy a kapcsolódás ára az önfeladás lenne. Így a szégyen nemcsak intrapszichés visszahúzódás, hanem reakció is egy kapcsolati/kapcsolódási kudarcra, amelyben az egyén azt éli meg, hogy amit mutatott magából (érzelme, vágya, teste), nem volt elfogadható vagy elismerhető a másik számára. E kapcsolati sérülés következtében a szelf mintegy „összezsugorodik”, visszahúzódik; nem autentikus énként, hanem zavarba ejtett, kitettségől szenvedő létezőként lesz jelen a helyzetben és a kapcsolati térben. A szégyen lényege tehát

nemcsak az én visszavonódása, hanem a kölcsönösség megbomlása is: az a pillanat, amikor a másik nem tükröz vissza elismerést, hanem akár tudattalanul is megszakítja az érzelmi kapcsolatot és párbeszédet. A szégyen ilyenkor már nem pusztán lelepleződés, hanem az interszubjektivitáson alapuló, egymást kölcsönösen elismerő kapcsolódás elvesztésének egzisztenciális hiány-tapasztalata – a személy szubjektumként való jelenléte elnémul, megszakad (Benjamin, 1988).

A pszichoanalitikus szégyenelméletek egybehangzóan hangsúlyozzák, hogy a szégyen identitást befolyásoló hatása különösen azokban az élethelyzetekben válik meghatározóvá, amikor az én koherenciája, integráltsága megkérdőjeleződik, illetve amikor a másikban való tükröződés lehetősége megszakad vagy ellehetetlenül. Ebben az értelemben a szégyen a szelf és a másik (szelftárgy) közötti elhangolódás és törés affektív jelzőjeként értelmezhető. Az onkológiai betegség ezt a törést különösen láthatóvá és kézzelfoghatóvá teszi. A daganatos betegek a kezeléseik és orvosi beavatkozások következményeként szembesülnek testük megváltozásával, testi és szexuális működésük, valamint társas szerepeik sérülésével, amelynek nyomán a szégyen nem csupán intenzív szubjektív élményként, hanem klinikai jelentőséggel bíró jelenséggé is megjelenik. Onkológiai kontextusban a szégyen így nem pusztán intrapszichés érzélem, hanem az interszubjektív tükrözés folytonosságának megbomlását jelző tapasztalat.

Az elméleti megközelítések és a klinikai tapasztalat nyomán a szégyen nem egységes jelenséggé, hanem egy többretegű, dinamikus szerveződő szégyenmezőként ragadható meg. Ennek a mezőnek a különböző mélységi szintjei különíthetők el a társadalmi stigmatizációból származó, narratív módon artikulálható szégyentől a test integritásának megbomlásához kötődő testi szégyenig át a preverbális, archaikus szégyenélményekig. Ezek a jelenség- és élményrétegek nem elkülönülten, hanem egymást áthatva és aktiválva vannak jelen az onkológiai betegség tapasztalatában. Az onkológiai betegség traumatikus sajátossága éppen abban ragadható meg, hogy ezeket a különböző szégyenszinteket összesűríti, egymásra csúsztatja, és egyidejűleg teszi átélhetővé.

Bűntudat és szégyen különbsége az onkológia terében

A bűntudat és a szégyen fogalmai gyakran keverednek a klinikai gyakorlat értelmezésében, holott strukturálisan és funkcionálisan eltérő módon szervezik az én működését. Helen Block Lewis (1971) klasszikussá vált megkülönböztetése szerint a bűntudat „arra irányul, amit tettem”, míg a szégyen „arra, aki vagyok”. A bűntudat egy konkrét, problémásnak ítélt cselekedet morális megítéléséből fakad, jóvátételre készítet, és a szuperegóhoz kötődő, internalizált normák megsértésével függ össze (Freud, 1923).

Ezzel szemben a szégyen gyakran implicit, nehezen hozzáférhető, testi vagy szimbolikus formákban jelenik meg, és olykor a pszichoterápiás térben is rejtve marad. Alapélménye az én egészére irányuló leértékelő viszonyulás („rossz vagyok”, „hibás vagyok”, „érdemtelen vagyok”), amelyet az ideális énkép sérülése, gyakran

narcisztikus sérülés aktivál. Érzelmi magva a lelepleződés és a megalázottság, ezért elsősorban interperszonális térben szerveződik, és visszahúzódásra késztet (Lewis, 1971).

Az onkológiai betegség mindkét affektust könnyen aktiválja. A szégyen tipikusan a testhez kötődő, látható vagy átélt változásokhoz kapcsolódik: a masztectómia, sztóma, műtéti hegek, alopecia, testsúly- és bőrelváltozások, illetve a szexuális működés és egyéb testi funkciók zavara a testet „leleplező tárggyá” teheti, amelyben a beteg saját másságát és értéktelenségét látja visszatükröződni (Koçan és Gürsoy, 2016; Zhu et al., 2023). Emellett nem csupán az a fájdalmas, „amit a test mond”, hanem az is, amit a másik tükröz (vagy nem tükröz), illetve amit nem erősít meg.

A büntudat az onkológiai betegségekhez kapcsolódóan két fő formában jelenhet meg. Az egyik a kauzális önhibáztatás („én okoztam”), amely különösen tudódaganatok esetén erősödhet fel moralizáló társadalmi diskurzusok mellett (Csabai, 2023; Chambers et al., 2012). A másik a relációs büntudat („teher vagyok”), amely gyakran túlzott alkalmazkodással és jóvátételi fantáziákkal jár együtt. A remissziós időszakban megjelenhet a „túlélők büntudata”, illetve a „nem voltam elég pozitív” típusú önvád is. Klinikai szempontból fontos, hogy a büntudat lehet részben realitáson alapuló, részben neurotikus (aránytalan); és neurotikus formáiban depresszív dinamikát, elkerülést és az adherencia csökkenését erősítheti.

A szégyen és a büntudat kölcsönösen transzformálódhat: a „rossz vagyok” élmény „rosszat tettem” narratívává alakítható, mert kezelhetőbbnek és kontrollálhatóbbnak tűnik, míg a tartós büntudat idővel szégyenné válhat. A klinikai gyakorlatban gyakran felismerhetők a Nathanson (1992) által leírt mintázatok: visszahúzódás, önmaga ellen fordulás, elkerülés/figyelemelterelés vagy mások elleni támadás.

A két affektus eltérő terápiás megközelítést igényel. A szégyenhez gyakran előbb tükröző, elfogadó, mentalizáló és biztonságot nyújtó kapcsolatra van szükség: a terapeuta ítéletmentes jelenléte, valamint a megtartás és tartalmazás kulcsszerepet játszik az átdolgozásban. A büntudat rendszerint könnyebben verbalizálható, de irracionális formáiban a reális felelősség és a realitáskeretek tisztázása, valamint a jóvátételi fantáziák tudatosítása válik szükségessé. Mindkét affektus integrálása hozzájárulhat az identitás újraszerveződéséhez és a betegség élettörténeti integrációjához.

Testkép és regresszió

A daganatos betegség diagnózisa és testi következményei az énkép és a testi integritás radikális megbomlását, a testkép átalakulását idézhetik elő. A test ilyenkor nem pusztán biológiai szerkezet, hanem az identitás fizikai hordozója és az én pszichés határainak egyik alapja: a test működése elveszítheti megbízhatóságát és kiszámíthatóságát, bizonyos funkciók sérülhetnek, a megjelenés pedig eltérhet a korábban megszokott esztétikai mintázattól. A megváltozott test idegenné válhat, és a szorongás, a kiszolgáltatottság, valamint az érzelmi regresszió élményének forrásává válhat.

A testkép pszichoanalitikus fogalmának klasszikus megfogalmazása Paul Schilder nevéhez köthető, aki a testképet nem statikus reprezentációként, hanem folyamatosan változó, affektív és interszubjektív tapasztalatként írta le (Schilder, 1935). Schilder értelmezésében a testkép a másikhoz való viszonyban, a társas térben formálódik; ezért a testi változások nem pusztán perceptív eltéréseket jelentenek, hanem az én egységének, szerethetőségének és kapcsolati beágyazottságának élményét is érintik. Onkológiai betegség esetén a testkép ebben az értelemben nem csupán sérül, hanem kényszerű újraszerveződésen megy keresztül, amely fokozott sérülékenységet teremt a szégyen megjelenése szempontjából.

Julia Kristeva (1982) az „abjekció” fogalmával írja le azt a határfenyegető tapasztalatot, amelyben a test, illetve annak egyes aspektusai idegenné és taszítóvá válnak, mivel megbomlanak az én és a nem-én elkülönítését biztosító pszichés határok. Az abjekt ebben az értelemben nem egyszerűen elutasított tárgy, hanem olyan archaikus testi-lelki élmény, amelyben az undor és a félelem domináns affektusai mellett a szégyen is megjelenhet, anélkül, hogy ezek egymással ekvivalenssé válnának. Az onkológiai betegség testi invazivitása, a belülről fakadó burjánzás élménye, a beavatkozások során átlépett testhatárok, valamint a test működésének és megjelenésének megváltozása abjekciós tónusú tapasztalatokat aktiválhat, amelyek az én koherenciáját fenyegetik. Ilyenkor a test nem pusztán sérültként vagy hiányosként tapasztalódik, hanem idegenként, sőt az én számára fenyegetőként jelenhet meg, ami a szégyen különösen nehezen verbalizálható, preverbális rétegeit hívhatja elő.

Az érzelmi regresszióval összefüggésben megjegyzendő, hogy a szégyen gyakran reaktiválja a preverbális élménykört és a korai szégyenélményeket is. Donald Winnicott elképzelése (Winnicott, 1965) szerint a test és a pszichés integráció alapja a megtartó környezet, amelynek sérülésekor az én határai megbomlanak. Az onkológiai ellátás érzelmi regressziót provokáló kontextusában különösen beszédes Winnicott meglátása, mely szerint „nincs olyan, hogy önmagában gyermek, csak a gyermek és a gondoskodó környezet egysége létezik” (Bokor, 2017, 139.). Klinikai parafrázisként ennek megfelelően az onkológiai helyzetben sem beszélhetünk a beteg izolált tapasztalatáról: a betegség élménye a kezelés, a gondozók, valamint a pszichoszociális és társas-társadalmi környezet kölcsönhatásában szerveződik, és a kapcsolati összehangolódás terében válik hordozhatóvá. A testet érintő orvosi beavatkozások, a kritikus lélektani szituáció is regresszív élményeket aktiválhatnak (Riskó, 2021). Ilyenkor a szégyen nem megosztható élményként jelenik meg: a betegek sokszor nem találhatnak rá szavakat, vagy attól tartanak, hogy ezek kimondása elutasítást, idegenkedést, sajnálatot vált ki.

A szégyen a testi változások nyomán különösen gyakran vezet szociális visszahúzóódáshoz, a társas kapcsolatok beszűküléséhez, illetve a párkapcsolati intimitás megrendüléséhez. Az érintettek kerülnek a közösségi megjelenést, visszautasíthatják a testi közelséget, eltávolodhatnak hozzátartozóiktól is. A megváltozott test és az „új én” idegensége gyakran azonosulási válságot jelez: a beteg úgy élheti meg, hogy „már nem vagyok önmagam”, „nem nézek ki embernek”, „nem vagyok többé nő/férfi”. A testi szégyenérzet ilyenkor már nem pusztán a testre, hanem a teljes személyiségre vetül: a koherens élettörténeti narratíva megszakadhat, az identitás instabillá válhat, és a „más milyenség” élménye fokozhatja az izolálódás

kényszerűségének tapasztalatát. Ez különösen markánsan jelenik meg azon testi változások esetében, amelyekhez az egyéni jelentésen túl társadalmilag konstruált jelentéstöbblet is kapcsolódik. A hajhullás például nem csupán esztétikai változásként, hanem a nőiség, a szexualitás, az önkifejezés és a kontrollvesztés szimbólumaként is megélődhethet: a megváltozott külső ilyenkor az „új én” vizuális lenyomatává válik, és láthatóvá teszi azt, amit az egyén sokszor elrejtene.

Stigma, önstigma

A stigma társas folyamat eredménye: olyan megbélyegző jel vagy vonás, amely az érintettet a normatívától eltérőnek mutatja, és ezáltal csökkent értékű szerepbe sorolja a közösség szemében (Goffman, 1963). A stigmatizáció során az egyén valamilyen jelenséggel kapcsolatban a társadalmi átlagtól eltérőnek, jellemzően alsóbbrendűnek érzékeli önmagát, ez negatívan befolyásolja identitását, önértékelése csökken. Érdekesség, hogy a stigma a negatív megkülönböztetés jelzésén kívül a pozitív igazolás jegye is lehet (lásd pl. Pio atya stigmáit). A szomatikus és mentális betegségek esetén a stigmatizációhoz kapcsolódóan a veszteség-élményen és egyéb negatív érzéseken (félelem, kiszolgáltatottság, frusztráció stb.) felépülő anticipált szégyenérzet, a titkolózás és a halogatás rontja a betegségbelátást, ezáltal késlelteti az orvoshoz fordulást és a segítségkérést is, így hosszú távon ellehetetleníti az adherens viselkedést. Ennek értelmében a stigmatizáció jelenségének megértése a krónikus betegségek esetén különös jelentőséggel bír, hiszen már a primordiális és primer prevenció időszakában is pszichés elhárítást provokálhat a személyben. Az egyes betegségekhez kapcsolódó bármilyen stigmatizáció felszámolása társadalmi érdeket szolgál, hiszen a megelőzés, illetve a lehető legkorábban érkező segítségnyújtás a beteg számára a gyógyulást prognosztizálhatja.

A szégyen a stigmatizáció élményének érzelmi magja, tehát az a belső állapot, amely akkor jön létre, amikor az egyén úgy érzi, hogy a másik leértékeli, ilyen értelemben leleplezi (tetten éri), adott esetben elutasítja (kilöki magából). Másként fogalmazva: a stigma a társas-társadalmi térben keletkező jelölődés (a másság tényének bizonyítéka), a szégyen pedig ennek az érzelmi lenyomata és élménye.

Ha a negatív hangoltságú (elégtelenség, egészségtelenség, abnormalitás stb.) megbélyegzés tartósan jelen van, könnyen önstigmává válik: a személy belsővé teszi a kirekesztő megítélést, és már önmagát látja kevesebbnek, csökkent értékűnek. Ilyenkor a szégyen már nem csak epizodikus érzelmi állapot, hanem az identitást meghatározó szervezőerő. Az onkológiai betegségek, a testen megmaradó nyomok, valamint a megbélyegző kultúrtörténeti narratívákból adódóan (pl. a rákhoz kapcsolódó romlás-romlottság, fertőzés-fertőzöttség metaforák, lásd Sontag, 1978) veszélyesen alkalmas talaját adják a stigmatizációnak.

Bizonyos daganattípusoknál, amelyek szembetűnő testi változást hoznak magukkal, a szégyen és az önstigma különösen magas szintjét írják le (pl. társas elkerülés, tekintet-kerülés), ami többek között depresszióval is társul (Dropkin, 2001). A láthatóság kérdése például a fej-nyaki daganatoknál gyakran közvetlen szégyent,

ezáltal pedig társas elkerülést vált ki, izolálódást eredményez (Fingeret et al., 2010). Prosztata- és daganatoknál leírt, a maszkulinitással összefüggő narratívák (potencia, erektilis funkciók, fertilitás stb.) szintén könnyen vezetnek szégyenérzethez, ami gyakran ellehetetleníti és megakadályozza, de biztosan nehezíti az adekvát segítségkérés lehetőségét: ezek a férfiak gyakran éppen emiatt nem is vesznek igénybe (szexuális) rehabilitációt célzó támogatást, hacsak azt proaktívan fel nem ajánlják számukra (Bowie et al., 2021; Charlick et al., 2024). A maszkulinitás-narratívák sérülése könnyen vezethet elrejtőző és halogató viselkedésekhez. Bőrbetegségeknél (pl. melanoma malignum) a láthatóság (elfedés) mellett a fény kerülése tovább növeli az izolálódást („már napra sem mehet”). Emlő- és nőgyógyászati betegségek esetében a nőiességhez kapcsolható testrészek sérülése (eltávolítása stb.) különösen erős, az önértékelést és az identitást egyaránt befolyásolni tudó szégyenélmménnyel járhat (Látos, 2022). Szintén stigmatizáló, hogy a tüdődaganatok esetén a társas környezet gyakran kauzális bűnösséget tulajdonít az egyénnek („magának köszönheti”), ami a bűntudatot és a szégyent egyszerre provokálja.

A szégyent átélő betegek számára már pusztán a betegségről szóló beszélgetés is a lelepleződést fenyegető lehetőség: a hallgatás ilyen értelemben tehát a szégyen nyelvéné válik (Benjamin, 1996). Ez tehát az a sűrűsödési pont, ahol a kimondás lehetősége és a kimondhatatlanság tapasztalata érintkezik egymással. A stigmatizálódás növeli a társas visszahúzódást, késlelteti a segítségkérést, és ronthatja az onkológiai terápiákkal való együttműködést. Pszichodinamikai szempontból a megművelés a valódi tükrözés hiányát eredményezi (elmarad a másik jelzése): a beteg nem kap validáló választ a megváltozott testével, átélt szorongásával kapcsolatban, ezért a szégyen belsővé válik, és mintázatként, működési módként, önképként rögzülhet.

A testet érintő betegség és a megváltozó szexualitás

A test és a testkép a társadalmi és különösen a pszichoszexuális reprezentációk szintjén egyrészt hordozója, másrészt telített jelentéstartalommal leírható szimbóluma is az énnak és az identitásnak.

Amikor a test megváltozik, akkor a hozzá kapcsolódó jelentések is újraszerveződnek, betegségek következtében előálló változások nyomán gyakran és jellemzően veszteségek és elidegenedés mentén. A szexualitás ebben a kontextusban nem csupán a fizikai aktussal összekapcsolódó fogalomkör, hanem az önmagunkhoz és másokhoz fűződő kapcsolódás egyik alapformája. Amikor ez a forma a testkép diszharmonikus (integrálatlan) módosulása, a saját gyógyulás érdekében elviselt változások nyomán megkérdőjeleződik, akkor a szégyen a megnevezhetetlenség (kétségbeesés) és visszahúzódás (izoláció) formájában érhető tetten. Kiemelendő, hogy a daganatos betegségek kapcsán nyújtható kezelések (hormonterápia, citosztatikumok, műtéti beavatkozások, irradiáció stb.) szinte kivétel nélkül hatnak a szexuális működésre.

A libidó csökkenése, az érintés fájdalmassá válása, az érintett testtájak érzékenységének elvesztése vagy fokozódása, a nyálkahártyák szárazsága-sérülése, az anorgazmia mind gyakori mellékhatásai és következményei az alkalmazott onkoterápiáknak. Mindezen mellékhatások önmagukban is frusztrációt jelentenek, intra- és interperszonális feszültséget generálnak, és a pszichés élményvilág terében a szégyenhez kapcsolódnak, különösen akkor, ha a beteg úgy érzi, nem képes megfelelni a szexuális partner, a társadalom vagy a saját korábbi elvárásainak. Ezek a gyakran információhiányon és/vagy projekciókon, krízisen, illetve szorongásokon felépülő szubjektív belső narratívák, pszichologizáló betegségelméletek nyomán keletkező érzések szinte soha nem kizárólag a testet érő fizikai változásból eredeztethetők, hanem sokkal inkább az identitás mély rétegeiben zajló változások pszichés jelzői (Csabai, 2023; Esperger és Kovács, 2025).

A testi és szexuális változások nehezen verbalizálhatók. A beteg gyakran nem meri vagy nem tudja megosztani saját testi és lelki változásainak érzelmi élményét – vagy azért, mert nincsenek rá szavai, vagy mert attól tart, hogy elutasítással, sajnálattal vagy idegenkedéssel találkozik (akár társadalmi szinten is). Utalni kell rá, hogy a partner, hozzátartozó is bizonytalan lehet ilyen helyzetekben: nem tudja, hogyan érintse meg (érintheti-e egyáltalán, szeretné-e megérinteni) a megváltozott testet, testtáját. Tarthat attól, hogy fájdalmat okoz, vagy maga is szorong attól, amit lát, tapasztal. Ez a kölcsönös, kétoldalú szorongás a kommunikáció elakadásához, a kapcsolati intimitás csökkenéséhez, sőt akár tartós eltávolodáshoz, elidegenedéshez is vezethet. Ez a tükrözési és tükröződési deficit megerősíti a szégyen és elszigetelődés tapasztalatát.

A test és a testkép változása a szimbolikus jelentéstöbblet miatt minden esetben pszichodinamikai esemény is. Az orvosi beavatkozások, műtétek során reszekált szervek nemcsak biológiai egységek, hanem mély, az identitáshoz kapcsolódó szimbolikus jelentéssel bíró entitások. A női mellhez például a nőiesség, az anyaság, a szexualitás mellett az esztétikai önazonosság is kapcsolódik. Az emlőeltávolítás a pszichés térben mint feldolgozást igénylő veszteség reprezentálódik, amely a testi énhatárok és az önazonosság élményét egyaránt megrendíti (lásd még Látos, 2022). Az érzelmi integráció hiányában a test idegenné, sőt az én számára ellenségesé válhat („a testem elárult”). Pszichodinamikai szempontból ez a veszteség az énfunkciók nárcisztikus sérülését eredményezi: a test nem tud többé „jó tárgyként” funkcionálni az én számára, nem ad biztonságot, nem közvetít szerethetőséget, nem tud többé a vágy tárgya lenni stb. A test és az én közötti belső kapcsolat ilyenkor disszociálódik, testidegen élmények is megjelenhetnek, gyakran verbalizálódik a saját test (és a vele történő események) idegenségének szubjektív élménye is.

A megváltozó testkép és az átalakuló szexus nemcsak testi, hanem összetett egyéni-társas-társadalmi vetületekkel is bíró pszichológiai folyamat, markáns érzelmi élmény. A testet érő hatások onkológiai betegségek esetében az én struktúrájának újrászervezésére kényszerítik az egyént. Ez a folyamat azonban nem megy végbe automatikusan. Gyakran szükséges olyan megtartó kapcsolati (terápiás) tér, amelyben a változások kimondhatóvá, értelmezhetővé és átdolgozhatóvá válnak. A szégyen verbalizálása az érzelmi feldolgozás folyamatában kulcsfontosságú – a kimondatlan szégyen konzerválhatja az érzelmileg regresszív lelkiállapotot, megrekedéshez,

elszigetelődéshez, visszahúzódáshoz vezethet. A pszichoterápiás támogatás során a terapeuta tükröző, empatikus jelenléte, az ítéletmentes és mentalizációt támogató közeg éppen ezt teszi lehetővé (korrektív emocionális élmény), amit a betegség során a párkapcsolati és szociális közeg (sokszor saját szorongása miatt) gyakran nem képes biztosítani: a szégyen integrálását, az énkép újraépítését, valamint a testtel való egyéni érzelmi kapcsolat valódi és hiteles rehabilitációját.

A változások kapcsán utalni kell arra, hogy a daganatos betegség és a gyógyulási folyamat nem csupán biológiai történések lineáris sorozata a diagnózis közlésétől az orvosi kezeléssorozat lezárulásáig, hanem az identitást érintő érzelmi folyamat is, az egészségügyi állapot és a daganat stádiumából adódó kritikus leágazások mentén. A szégyen ebben a folyamatban nem egyszeri, körülhatárolható affektusként jelenik meg, hanem dinamikus, több szakaszon keresztül alakuló élményként, amely végigkísérheti a betegséggel való küzdelmet.

Esetvignetta: törékeny egyensúly

Eszter esete

Eszter negyvenkét éves nő, fél éve fejezte be a kétoldali emlőeltávolító műtét utáni gyógyszeres kezeléseket. A kórházi találkozóra e-mailes egyeztetést követően pontosan érkezik, de a résnyire nyitott ajtó előtt megtorpan, mintha nem lenne biztos abban, hogy jó helyen jár. A gombkilincsre teszi a kezét, majd visszahúzza, mielőtt kopogna. Amikor belép, a táskáját maga elé tartja, és röviden bocsánatot kér, amiért „biztos zavarja a munkát”. A kabátját nem veszi le, csak leül, majd néhány perc múlva, mikor már beszélgetünk, lassan gombolni kezdi, végül a szék háttámlájára helyezi, kissé, kényelmetlennek tűnően háta mögé szorítja. Enyhén előre dőlő testtartása, a rajta maradó vastag ruhák és tárgyak zsúfolttá teszik az összképet a karfás székben, mocorgása nyomán a szék is recseg kicsit – törékeny egyensúly. Eszter arca és kézfejei látszódnak csupán ki az eklektikus halmazból.

Az ujjával folyamatosan babrál: az ölében lévő táska pántját igazgatja, nyikorog egymáson az összedörzsölődő műbőr felület, ujján lévő gyűrűjét forgatja. A hangja halk, kissé remegős, a mondatai között hosszabb szüneteket tart. Időnként félbehagyja a gondolatot, majd újrakezdi, mintha ellenőrizné, jól mondja-e. Szája a beszéd közben kiszáradt, néha megbicsaklik a mondandója közben, táskájából meggyűrt rózsaszínkupakos vizespalack kerül elő. Később elnézést kér, amiért „zavarosan beszél”, és megjegyzi, hogy „nem szokott ilyen helyzetekben lenni”. Közben a tekintete legtöbbször a padlót fixálja, vagy a fejem mellett az ablaknál álló ritkás levelű fára téved, alig néz rám közvetlenül.

A beszélgetés első részében arról mesél, hogy nemrégiben újra dolgozni kezdett. Sokat várt a visszatérésétől, mintha ez jelezhetne volna számára, hogy végső soron minden rendben van. Elmondja, hogy „mindenki kedves vele”, de valahogy mégis „minden más”, „nem ugyanaz” – mondja. Hosszasan mesél arról, hogy a kolléganői a kezdeti időben elhívták ebédelni, mostanában viszont már nem szólnak, bár „biztosan csak elfoglaltak”, teszi hozzá gyorsan, kissé mentegetőzve. Amikor kérdezem, ő

szokott-e kezdeményezni, megrázza a fejét, és azt mondja: „Nem akarok senkit kellemetlen helyzetbe hozni.” A mondat után elmosolyodik, de a mosolya inkább egy gyors gesztus, mint valódi derű. A beszélgetés során többször visszatér, hogy „lehet, nem illek már a baráti társaságba sem”, „nem tudom, mit mondanék nekik, ha rákérdeznék”. Ezeket a mondatokat vállrándítás kíséri, mintha el akarná ütni a helyzet súlyát.

Amikor a műtétről kérdezem, először azt mondja, „nincs ezzel baj, persze, hogy megkérdezem, már megszokta”. Aztán hirtelen a táskájába nyúl, keresgél benne valamit, majd felnéz: „furcsa, hogy mostanában mindig minden arra emlékeztet, amit el szeretnék felejteni”. A mondat után hosszú csend van. Nem sír, érezhetően elnehezedik a levegő körülötte. Úgy érzem, mintha csalódást okoztam volna számára ezzel a tapintatlanul érdeklődő kérdéssel.

Reflexiók

Eszter viselkedésében a szégyen nem szavakban, hanem a test térhasználatában és mozdulataiban fejeződik ki. A kabát, a táska, a zsúfolt összkép és kompozíció mind a láthatóság és láthatatlanság határán tartják őt. A szégyen egyik alapvető jellemzője, hogy a személy nem szeretne látszani, de nem tud eltűnni sem. Ezt észlelhetjük Eszter esetében is: nem zárkózik el teljesen, mégis csupán „takarékon” van jelen. A szégyen testtartásként, apró viselkedéses jegyekként, intonációként érhető tetten. Intermediális jelleggel manifesztálódik a szégyen érzése: a viselkedés, a tér, a hang és a tárgyak összehangolt jelrendszeréből észlelhető.

Másrészről Eszter többször elnézést kér, önkorlátozó módon beszél, és folytonos önmonitorozás jellemzi: ellenőrzi, jól mondja-e, „nem zavaró-e”. Ez a viselkedés a szégyen anticipációs formájaként interpretálható: a másik (a terapeuta, a munkatárs, a barátok) tekintetében már előre megéli a lelepleződést. A szégyen tehát nem a kapcsolat hiányában, hanem az eshetőségek veszélyében aktiválódik: az interszubjektív térben a szégyen akkor jelenik meg, amikor a másikkal való kapcsolódás igénye és a tőle (másiktól) való félelem egyszerre van jelen.

Eszter testre vonatkozó megjegyzései („minden arra emlékeztet, amit el szeretnék felejteni”) a testkép és a testével való kapcsolat megváltozását jelzik. A test itt nem egyszerűen hiányos vagy „más”, hanem idegen tárgyként észlelődik számára. A műtéti heg, a beavatkozás (testi) emléke az interszubjektív kapcsolati lehetőség megszakadásának mementója, a veszteség tényleges és szimbolikus kifejeződése.

A terapeutában megjelenő áttételi és viszontáttételi érzések arra utalnak, hogy a szégyen a terápiás tér közös tartalmává válik, és ebben a kölcsönös mezőben válik tetten érhetővé. A megszokott szakmai működéshez képest olyan élmények jelenhetnek meg a terapeutában, mint a „túl sok vagy tapintatlan vagyok”, „túlzottan szembetűnő vagyok”, „túl konfrontatívan fogalmazok” érzései. A megtartó kapcsolat Eszter számára a befogadás, elfogadás, megtartás és tartalmazás révén képes új, korrekciós értékű kapcsolati tapasztalatot nyújtani. A biztonságossá formált interperszonális tér és az interszubjektív kapcsolódás lehetősége olyan közeget teremt,

amelyben a mélyen megélt, visszahúzódásra és rejtőzködésre készítő szégyen kifejezhetővé válik. A terapeuta empátiája ebben az értelemben nem pusztán megértés, hanem az érintettség közösségének hiteles vállalása és elbírása. Az élmény a közös interszubjektív mezőben szerveződő szégyentapasztalat részeként ragadható meg, ugyanakkor csak a terapeuta saját viszontlátási pozíciójának folyamatos reflexiója mellett értelmezhető adekvát módon.

A szégyennel való megbirkózás és a pszichoterápiás támogatás lehetőségei

Az onkológiai betegség kapcsán megélt szégyen klinikai jelentősége részben éppen abból fakad, hogy különböző szinteken szerveződő élmények egyidejűleg vannak jelen. A társadalmi stigma narratív módon artikulálható szégyenélményei, a test integritásának megbomlásához kötődő testi szégyen, valamint a regresszív, preverbális szégyenélmények gyakran nem elkülönülten, hanem egymást aktiválva jelennek meg a terápiás helyzetben. Ennek következtében a pszichoterápiás munka egyik alapvető kihívása annak felismerése, hogy a beteg adott pillanatban mely szinten válik megszólíthatóvá: mikor van tere a mentalizációnak és a narratív feldolgozásnak, mikor igényel elsődlegesen tükrözést és megtartást, és mikor válik szükségessé a puszta jelenlét, valamint az érzelemszabályozás támogatása.

A következőkben a szégyenérzet klinikai tapasztalatának gyakorlati felhasználású értelmezéséhez hívunk segítségül néhány filozófiai és pszichoanalitikus fogalmi támpontot. A cél nem egy teljes körű elmélettörténeti áttekintés, hanem olyan további értelmezési rétegek feltárása, amelyek a terápiás attitűdöt és a beteggel való munka klinikailag releváns döntési pontjait teszik megragadhatóvá és jobban érthetővé

A testhez és a testi betegségekhez kötődő szégyen alapvetően az egyén önmagáról alkotott képének (egészségesség, kontrollálhatóság, sebezhetetlenség) és a mások tekintete előtti sebezhetőségnek összekapcsolódásából fakad. Kifejező a Foucault (1963/1973) által bevezetett *medical gaze* (orvosi tekintet) fogalom, amely a test és szégyen fenomenológiai tapasztalatát a hatalom és a tudás diskurzusán keresztül ragadja meg: az orvos tekintete tárgyiasítja a beteget, és nem mint érző, szenvedő szubjektumot látja, hanem mint testet, esetet vagy elváltozást. Az így létrejövő klinikai diskurzusban aktiválódik a szégyen élménye. Az orvosi tekintet olyan aszimmetrikus hatalmi viszonyt hozhat létre, amelyben a szakember megfigyel, tud és megnevez (kategorizál), míg a beteg hallgat, elfogad, beletörődik és alárendelődik. A beteg többé nem személy, hanem megfigyelés tárgya. A páciens internalizálja az orvosi tekintetet, önmaga megfigyelőjévé válik. Ennek során a betegség szégyennel tölti el, mert a test (a saját teste) szimbolikus értelemben az öngondoskodás, az önfegyelem és önkontroll kudarcának bizonyítékává is válik. A test kitettsége és a megfigyeltség (a másik tekintete, maga a nézés aktusa) a szégyen klasszikus helyzetét idézi elő, amelyben a beteg önhibáján és tulajdonképpen akaratán kívül lelepleződik.

Luna Dolezal (2015) a foucault-i elképzelést továbbgondolva arra mutat rá, hogy az orvos–beteg találkozás önmagában is szégyenre hajlamosító (*shame-inducing*) tér, ahol a test kitettsége (például meztelenség, kiszolgáltatottság), a szituatív hatalmi

aszimmetria és a betegséggel összefonódó társadalmi ítéletek (stigma) mind tovább fokozhatják a szégyen szubjektív élményét. Dolezal (2015) szerint a szégyen ebben az egészségügyi kontextusban, legyen szó diagnózisközlésről, vizsgálatokról vagy kontrollvizsgálatokról, nem pusztán akadályozó tényező, hanem a kapcsolati elismerés révén gyógyító potenciált is hordozhat. A szégyen kimondása és megosztása csökkenti annak destruktív erejét; ha a segítő elismeri és empátikusan kezeli (validálja, normalizálja) az érzést, az felszabadító és ezáltal gyógyító hatású lehet.

A diagnózis közlésének pillanata gyakran a kilátástalansággal és tanácstalansággal elegy döbbenet – „*Mi lesz?*”, ahogy Esterházy írja (2016, 11.)² – és a szégyen metszéspontja, amikor a beteg először szembesül azzal, hogy ami addig tőle távoli volt és leginkább csak másokra jellemző, most vele történik meg. Ez a felismerés – „*megtörtént velem*” – egyszerre jelenti a kontroll elvesztésének élményét és a *testbe való kényszerű visszatérés* pillanatát is (Merleau-Ponty, 1945/2012)³. Amikor valaki betegséggel vagy diagnózissal szembesül, megbomlik a természetes testtudat, tehát az a hallgatólagos biztonság, amellyel és amelyben a személy addig mozgott, dolgozott, lélegzett, létezett. A diagnózis pillanata, Merleau-Ponty olvasatában, tehát egyfajta kényszerű önreflexió („felébredés a testre”): az ember ekkor hirtelen „testként tud önmagáról”, és ez a tapasztalat önmagában is szégyennel, zavarodottsággal, sebezhetőség-élménnyel járhat.

A szégyen terápiás kezelése különösen összetett, kihívást jelentő feladat. Mivel az érzelem lényegéhez tartozik az elrejtőzés, a terapeuta elsődleges feladata nem a feltárás, hanem a páciens, a beteg megtartása és testi, illetve érzelmi élményeinek tartalmazása. A nehezen hozzáférhető, sokszor kimondhatatlan élményekhez nem a leleplezésen és konfrontáción, hanem az elfogadáson és bizalmon keresztül vezet az út. A terapeuta elfogadó csendje a kölcsönös bizalmon felépült terápiás térben nem ürességet, hanem befogadást és tartalmazást jelent. A Ferenczi-féle szemlélet szerint a gyógyító kapcsolat az újrakapcsolódás lehetőségének korrektív tere: ott, ahol korábban elutasítás volt, most elfogadásnak kell történnie. Idevág Ferenczi Sándor onkológiai helyzetekre is vonatkoztatható gondolata: „Először tehát meg kell teremteni a traumatikus helyzet környezetének éles ellentétét, azaz a szimpátiát, a bizalmat, mégpedig a kölcsönös bizalmat, mielőtt az új beállítódás – ismétlés helyett emlékezés – létrejönne.” (Ferenczi, 1932, idézi Riskó, 2021, 197.). Ferenczi szemlélet-teremtő pszichoanalitikus gondolati öröksége az onkológiai gyógyítás és az onkopszichológiai ellátás gyakorlata számára egyaránt meghatározó igazodási pontokat jelent (Riskó, 2021).

A pszichoterápiás munka során a szégyen gyakran áttételi érzés formájában jelenik meg, és a hallgatás, a nevetés, a bagatellizálás, a hárítás, a humor, vagy a testre vonatkozó közöny mögött rejtőzik (Tiedemann, 2018). Az értelmezés helyett ilyenkor empátikus mentalizációra van szükség: a terapeuta tartalmazza a szégyenérzést addig, amíg a beteg, páciens képes lesz azt saját élményeként elviselni. A szégyen

² Lásd még: „Egy percig az volt az érzésem, persze nevetséges érzés, hogy most majd ítélkeznek felettem” (uo. 27.), illetve: „A rákom én vagyok.” (uo. 33.)

³ A „testbe való kényszerű visszatérés” kifejezés azon a fenomenológiai felismerésen alapul, amelyet Maurice Merleau-Ponty (1945) fogalmazott meg: hogy a test nem birtokolt tárgy, hanem a lét alapformája, vagyis *nem „van testiünk”, hanem „testként vagyunk jelen” a világban.*

kezelésében a terapeuta saját önreflexiója is lényeges, mert a szégyen sokszor a segítőt is bevonja a visszahúzódnak, vagy például a túlzott óvatosság, óvatoskodás dinamikájába. A terapeuta ilyenkor gyakran megélheti a „nem tudom, mit mondjak” bénultságát, ami ugyanannak a közös érzelmi erőternek a része, mint a páciens nyomasztónak, sürgetőnek megélt hallgatása. Ezen a ponton a gyógyulás feltétele nem az, hogy valaki segítőként „még többet” tegyen, hanem hogy együtt és valóban jelen lehessen abban, ami kimondhatatlan.

A szégyen feldolgozása az onkológiai ellátás pszichoterápiás gyakorlatában sajátos kihívásokat támaszt, mivel az érzelem lényegéhez tartozik a rejtőzködés, a visszahúzódnak és a kimondhatatlanság. Terápiás szempontból ezért nem a szégyen direkt feltárása, hanem az interszubjektív biztonság fokozatos helyreállítása tekinthető elsődleges célnak. Az a terápiás tér válik gyógyítóvá, amelyben a beteg megélheti, hogy testi és lelki tapasztalatai, ideértve a szégyenhez kapcsolódó érzéseket is, kimondhatók, elviselhetők és tartalmazhatók anélkül, hogy elutasítással vagy leértékeléssel találkoznának.

A Kohuthoz köthető szelfpszichológiai elképzelés szerint – amely jelentős pszichoterápiás relevanciával bír, és az ún. interszubjektív fordulat alapvetését jelenti – a pszichoanalitikus/terapeuta figyelmének fókuszában a páciens szubjektivitása áll, de ezzel együtt a terapeuta szubjektivitása is esszenciális adottságként tételeződik. A két szubjektum egyedi és megismételhetetlen kölcsönhatása hozza létre a kapcsolati folyamatokat, tehát a terapeuta tulajdonképpen folyamatosan hozzájárul annak létrejöttéhez, amiről azt gondolja, hogy csak megfigyelője (Bokor, 2017). Stolorow és Atwood (1992) az interszubjektív születéstől meghatározó jellegét hangsúlyozzák: az anya-gyermek kapcsolatban már a kezdetektől aktívan formálódik a szubjektivitás. Atwood és Stolorow (1984) Kohut megállapítása nyomán hangsúlyozták, hogy a terapeuta szubjektív aspektusai alapvetően meghatározzák a terápiás kapcsolatot. Elképzelésük szerint minden élményszerveződés interszubjektív (Bokor, 2017). Az interszubjektív szem előtt tartó terápiás attitűd ebből adódóan azt is jelenti, hogy nem kizárólag a páciens/beteg szubjektív élményvilágának, illetve viszonyulásának a közös dinamikát egyoldalúan meghatározó jellegére kell fókuszálni, hanem az interperszonális mező folyamatainak és jelenségeinek megértésére is szükséges törekedni.⁴ Daniel N. Stern (1985) a szubjektív szelférzet kialakulásához (kb. egyéves kor) köti az interszubjektív kialakulását. Sternnel együttműködésben Thomas H. Ogden a beszéd megjelenésével kezdődő megosztott jelentést, illetve ennek közös megalkotását tekinti interszubjektívitásnak (Ogden, 1992).⁵ Feltétele tehát, hogy a csecsemő elméletet alkosson a másik elméjének működéséről és az abban zajló dolgokról (Stern, 1985; Bokor, 2017).⁶ Ezek értelmében a szégyen nem szigorúan vett

⁴ Stolorow az „isolated mind” fogalmával kritizálja azt a pszichoanalitikus hagyományt, amely a pszichés élményeket elsősorban intrapszichés folyamatokként ragadja meg. Interszubjektív szemléletében az affektív tapasztalatok, így a szégyen is, mindig kapcsolati mezőben szerveződnek, és akkor válnak integrálhatatlanná, amikor az élmény nem talál érzelmi visszhangra a másikban.

⁵ A nyelv és a beszéd interszubjektív feltételeinek kérdése teoretikus értelemben összevethető Walter Benjamin bevezetőben ismertetett megfigyelésével, amely szerint a bibliai kiüzetést követően a nyelv és a beszéd az ember számára a rejtőzködés egyik alapvető eszközévé válik.

⁶ Ogden az interszubjektívitásról és a terápiás együttműködésről gondolkodva bár feltételez egyfajta szemlélőtől, páciensről és terapeutától független igazságot – abban a pillanatban azonban, ha elkezdünk erről gondolkodni,

„tartalom”, hanem tulajdonképpen „kapcsolati esemény”, ezért a terápiás munka fókusza nem kizárólag az, amit a beteg elmond, hanem az is, ami a kapcsolat „itt és most”-jában történik.

A mentalizáció-alapú szemlélet különösen alkalmas a szégyen kezelésére, mivel a szégyen gyakran implicit, testi vagy viselkedéses formában jelenik meg, és nehezen hozzáférhető a reflexív gondolkodás számára. A mentalizáció támogatása segíti a páciens abban, hogy saját belső állapotait, érzéseit, testi érzeteket és gondolatait fokozatosan felismerje, megnevezze, és mások mentális állapotaival összekapcsolja. Ezáltal csökken a lelepleződés élménye, a szégyen érzése az énműködés számára integrálhatóbbá válik. A mentalizáció-alapú terápiás megközelítés szerint a terápiás kapcsolat elsődleges funkciója annak elősegítése, hogy a páciens testi és érzelmi tapasztalatait mentális állapotokként legyen képes megragadni, különösen olyan affektusok esetében, amelyek implicit, preverbális formában jelennek meg. Fónagy és munkatársai hangsúlyozzák, hogy a mentalizáció sérülése elsősorban a kötődési kapcsolatokban, valamint a szégyennel és traumával terhelt élmények kapcsán válik hozzáférhetetlenné, ezért a biztonságos interszubjektív tér helyreállítása az érzelmi integráció alapfeltétele (Fónagy et al., 2002; Fónagy és Target, 2007). A terápiás munka elsődleges célja ilyen esetekben nem az élmények értelmezése, hanem annak biztosítása, hogy a páciens testi és érzelmi tapasztalatai ismét elgondolhatóvá, megoszthatóvá és elmondhatóvá váljanak.

A szégyenérzéssel végzett terápiás munka elsődlegesen nem a tünet feltétlen megszüntetésére irányul, hanem arra, hogy a beteg újra kapcsolatba kerülhessen saját testi-lelki tapasztalataival, önmagával és másokkal. A szégyen integrálása ilyen értelemben nemcsak az érzelmi szenvedés csökkenését szolgálja, hanem az identitás újrászerveződésének és a gyógyulási folyamat pszichés támogatásának egyik alapfeltétele is.

A terápiás tér egyik legfontosabb funkciója éppen az, hogy biztonságos keretet teremtsen a tükrözésre, hogy a páciens/beteg megtapasztalhassa, hogy érzései, beleértve értelemszerűen a szégyent is, kimondhatók, megoszthatók és elfogadhatók. Ez a fajta tükrözés nem feleltethető meg az empátikus vigasztalásnak vagy normalizálásnak, hanem annak a finomhangolt, mentalizáló és érzékeny jelenlétnek a kifejeződése, amely lehetővé teszi, hogy a szégyen ne maradjon fragmentált és disszociatív, testi vagy viselkedéses formákba szorult élmény. A „nézés aktusát” így felválthatja a „látás aktusa”, amikor a tekintet már nem tárgyiasít, hanem ismét kapcsolatot teremt. A látás ilyenkor nem kontrollál, hanem megért, ezáltal oldja az izoláltságot és a deperszonalizációtól való félelmet, egyben megteremti az újrakapcsolódás élményét is. Az interszubjektív pszichoanalitikus felfogása nem az élmények hasonlóságát vagy különbözőségét tekinti elsődlegesnek, hanem azt a kölcsönhatást, amelyben ezek az élmények és affektusok létrejönnek. Ebben az értelemben az interszubjektív nem élményközösséget jelent, hanem egy dinamikus kapcsolati teret, ahol a jelentések és érzelmek a páciens és a terapeuta kölcsönös egymásra hatásában formálódnak (Bokor, 2017).

már meg is változtatjuk azt (ez a gondolat pedig visszautal az első lábjegyzetben jelzett heisenbergi megfigyelési effektusra) (Wigoder, 2011).

Stolorow nyomán (Stolorow, 1994) a terápiás kapcsolatban az interszubjektív kapcsolódás és szétválás váltakozása tekinthető alapvető folyamatoknak. Kapcsolódás akkor jön létre, amikor a páciens élményvilága a terapeuta számára érzelmileg és jelentésében is megragadhatóvá válik, szétválás pedig akkor, amikor a páciens tapasztalata nem talál adekvát rezonanciára a terapeuta belső világában. Az onkológiai betegséghez társuló székelyélmények szempontjából ezek a mikroszintű kapcsolódási és elszakadási mozzanatok különös jelentőséggel bírnak, mivel a székely gyakran éppen az interszubjektív rezonancia megszakadásának élményeként jelenik meg. A terápiás munka egyik kulcskérdése ezért az, hogy a páciens számára a székelyen terhelte testi és érzelmi tapasztalatok ismét megszokhatóvá és megtarthatóvá váljanak a kapcsolati térben.

Mindez azt is jelenti, hogy az interszubjektív kapcsolódás lehetősége nem azon múlik, hogy a terapeuta saját élettörténetében átélte-e onkológiai betegséget. A terápiás kapcsolat gyógyító potenciálja nem az élmények tényleges azonosságából, hanem abból a képességből fakad, hogy a terapeuta nyitottan és reflektíven⁷ képes jelen lenni a páciens testi és érzelmi tapasztalataival, beleértve azok idegenségét, kimondhatatlanságát és székelyen telítettség aspektusait is. Az onkológiai betegséggel járó székelyélmények szempontjából különösen meghatározó, hogy a terapeuta ne az élmény „átéltségének” hiányát élje meg akadályként, hanem azt a kapcsolati teret tartsa fenn, amelyben a páciens tapasztalatai érzelmileg megtarthatóvá és megszokhatóvá válhatnak – akkor is, ha ezek radikálisan eltérnek a terapeuta saját élményeitől. Ebben az értelemben az interszubjektív munka nem az azonosulás, hanem a rezonancia és reflexió lehetőségére épül.

A terápiás kapcsolatban mind a túlzott interszubjektív közeledés, mind a tartós eltávolodás kontraproduktívvá válhat, különösen akkor, ha a terapeuta reflektív önértékelése nem elégséges. A túlzott közeledés esetén fennáll annak a veszélye, hogy az élményegyeztetés miatt a páciens által átélte érzések nem értelmezendő pszichés anyagként, hanem objektív és adott valóságként jelennek meg a terápiában, ami defenzív elkerüléshez vezethet. A tartós interszubjektív szétválás ezzel szemben krónikus feszültséget és negatív terápiás reakciókat eredményezhet, mivel a páciens élményei nem találnak érzelmi rezonanciára (Bokor, 2017). Az onkológiai betegséggel együtt járó székely szempontjából ezért különös jelentősége van annak, hogy a terápiás munka ne az azonosulás vagy a távolságtartás irányába tolódjon el, hanem az itt és most-ban zajló kapcsolati folyamatokra irányuljon. Az aktuális interszubjektív térben megjelenő finom elhangolódások, félreértések és helyreállítások felismerése és reflektálása teszi lehetővé, hogy a székelyen terhelte élmények ne elszigetelődjenek, hanem feldolgozhatóvá váljanak a terápiás kapcsolatban.

A testorientált pszichoterápiás megközelítések kiemelt jelentőséggel bírnak az onkológiai betegek ellátásában, mivel a székely gyakran a test idegenné válásához, a testi élményekkel való kapcsolat megszakadásához kapcsolódik. A testi érzetekkel való óvatos, reflektív munka (figyelemirányítás, testtudatosság, mozgáshoz/táncmozgáshoz kapcsolódó terápiák) elősegítheti a test újra-szubjektíválását, vagyis azt, hogy a test ne

⁷ Az önreflexió fontossága, illetve az áttétel-viszontáttétel kapcsán lásd még Atwood és Stolorow, 1984.

pusztán a betegség hordozójaként, hanem az élmény és a kapcsolódás médiumaként is értelmezhetővé váljon az egyén számára.

A csoportterápiás keret a szégyen oldásának különösen hatékony terepe lehet, mivel a megosztás lehetőségét és a kölcsönös felismerés élményét kínálja. A hasonló testi tapasztalatokkal rendelkező mások jelenléte csökkenti az izoláltság és stigmatizáltság élményét, és lehetővé teszi annak megtapasztalását, hogy a szégyennel terhelt érzések nem egyediek, hanem megoszthatók és elfogadhatók. A csoport ilyenkor nem csupán támogató közeg, hanem az interszubjektív visszhang helyreállításának színtere is.

A szégyenérzés az onkológiai betegségek pszichés vetületének kimondottan összetett affektusa, amely változatos formában jelenhet meg a gyógyulási folyamat során, az orvosi kezelésekhöz kapcsolódó hatások és mellékhatások mentén, ahogy a pszichológiai segítségnyújtás (pszichoterápiás kapcsolat), a testi-lelki felépülés, a pszichoszociális rehabilitáció során is. A szégyen nem pusztán a testi hiátus vagy a stigmatizáltság kísérőjelensége, hanem az identitás átrendeződésének jelzője is. A szégyen élménye elválasztó hatású, az interszubjektivitás megszakad, fennakad. Ennek értelmében a gyógyulás akkor kezdődik, amikor a beteg/páciens újra kapcsolatba lép, amikor a másik tekintete nem leleplez, hanem megtart. A szégyen ilyen értelemben paradox módon nem pusztán egy fájdalmas negatív élmény, hanem a gyógyulás és az újrakapcsolódás feltétele is.

A (pszicho)terapeuta ebben a folyamatban nem a szégyen megszüntetője, hanem annak szemtanúja és a tükröző tartalmazás által átalakítója is; olyan „másik”, aki segít a páciensnek abban, hogy újra láthatóvá válhasson önmaga számára. A szégyen így válik az elidegenedésből az újrakapcsolódás nyelvév: ahol korábban törés volt, ott interszubjektív kapcsolat születik, és ahol hallgatás volt, ott lassan közös jelentés bontakozik ki.

Felhasznált irodalom

- Atwood, G. E. – Stolorow, R. D.** (1984). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Benedict, R.** (1946). *The Chrysanthemum and the Sword: Patterns of Japanese Culture*. Boston: Houghton Mifflin.
- Benjamin, J.** (1988). *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism, and the Problem of Domination*. New York: Pantheon.
- Benjamin, W.** (1996). On Language as Such and on the Language of Man. In: P. Demetz (szerk.), *Reflections: Essays, Aphorisms, Autobiographical Writings* (314–332). New York: Schocken Books.
- Bion, W. R.** (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.

- Bokor L.** (2017). Feszültség a pszichoanalízis elméletrendszerében. Az interszubbektivitás fogalmának eltérő jelentései az elméletben és a terápiás gyakorlatban. *Lélekelemzés*, 12(2): 137–152.
- Bonhoeffer, D.** (1949). *Ethics*. Szerk. E. Bethge. New York: Macmillan, 1955.
- Bordo, S.** (1993). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. Berkeley–Los Angeles: University of California Press.
- Bowie, J. – Brunckhorst, O. – Stewart, R. – Dasgupta, P. – Ahmed, K.** (2021). Masculinity, sexual dysfunction and shame in men with prostate cancer: A qualitative study. *Psycho-Oncology*, 30(4): 573–581.
- Chambers, S. K. – Dunn, J. – Occhipinti, S. – Hughes, S. – Baade, P. – Sinclair, S. – Aitken, J.** (2012). A systematic review of the impact of stigma and nihilism on lung cancer outcomes. *BMC Cancer*, 12: 184.
- Charlick, S. J. – McMullen, C. K. – Galbraith, M. E.** (2024). Shame, masculinity and barriers to help-seeking in men with prostate cancer. *Supportive Care in Cancer*, 32: 94.
- Csabai M.** (2023). *Aggódó testünk. Az egészségszorongástól a belső biztonságig*. Budapest: HVG Könyvek.
- Dolezal, L.** (2015). The phenomenology of shame in the clinical encounter. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18(4): 567–576.
- Dropkin, M. J.** (2001). Body image and quality of life after head and neck cancer surgery. *Cancer Practice*, 9(6): 309–313.
- Esperger Zs. – Kovács P.** (2025). A pszichologizáló szubjektív betegségelméletek szerepe az onkológiai betegséggel érintett páciensek pszichés ellátásában. *Pszichoterápia*, 34(4): 255–265.
- Esterházy P.** (2016). *Hasnyálmirigynapló*. Budapest: Magvető Kiadó.
- Ferenczi S.** (1932). Klinikai napló. Ford. Vég Katalin. In: *Feljegyzések. Klinikai napló, Töredékek és Jegyzetek. 1930–1932. Ferenczi Sándor összes művei*, 7. kötet (100–301). Szerk. Mészáros J., Harmatta J., Bokor L. Budapest: Oriold és Társai, 2025.
- Fingeret, M. C. – Vidrine, D. J. – Reece, G. P. – Gillenwater, A. M. – Gritz, E. R.** (2010). Head and neck cancer survivors with body image disturbance. *Psycho-Oncology*, 19(8): 821–828.
- Fonagy, P. – Gergely, G. – Jurist, E. L. – Target, M.** (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. – Target, M.** (2007). The rooting of the mind in the body. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2): 411–456.
- Freud, S.** (1905). Három értekezés a szexualitás elméletéről. Ford. Ferenczi Sándor. In: uő, *A szexuális élet pszichológiája* (31–131). Budapest: Filum, 1995.

- Freud, S.** (1914). A nárcizmus bevezetése. Ford. Berényi Gábor. In: uő, *Ösztönök és ösztönsorsok. Metapszichológiai írások* (15–39). Budapest: Filum, 1997.
- Freud, S.** (1923). *Az őszvalami és az én.* Ford. Hollós István és Dukes Géza. Budapest: Hatágú Síp, 1990.
- Giddens, A.** (1991). *Modernity and Self-Identity.* Cambridge: Polity Press.
- Goffman, E.** (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Heisenberg, W.** (1927). Über den anschaulichen Inhalt der quantentheoretischen Kinematik und Mechanik. *Zeitschrift für Physik*, 43: 172–198.
- Koçan, S. – Gürsoy, A.** (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *Journal of Breast Health*, 12(4): 145–150.
- Kohut, H.** (1971). *A szelfanalízise.* Ford. Pintér Ferenc. Budapest: Animula, 2002.
- Kohut, H.** (1977). *A szelf helyreállítása.* Ford. Dr. Balázs-Piri Tamás. Budapest: Animula, 2007.
- Kohut, H.** (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Kristeva, J.** (1982). *Powers of Horror: An Essay on Abjection.* New York: Columbia University Press.
- Látos M.** (2022). Testkép- és énképváltozások sebészeti beavatkozás után. In: Csabai M., Papp-Zipernovszky O., Sallay V. (szerk.), *Pszichológusok a betegellátásban: Alkalmazott egészségpszichológiai tanulmányok és esetismertetések* (281–299). Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó. https://acta.bibl.u-szeged.hu/74389/1/2022_alkalmazott_egeszsegpszichologia.pdf
- Lewis, H. B.** (1971). *Shame and Guilt in Neurosis.* New York: International Universities Press.
- Merleau-Ponty, M.** (1945). *Az észlelés fenomenológiája.* Ford. Bálint Péter. Budapest: L'Harmattan, 2012.
- Nathanson, D. L.** (1992). *Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of the Self.* New York: W. W. Norton.
- Ogden, T. H.** (1992). The dialectically constituted/decentred subject of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73: 517–526.
- Riskó Á.** (2021). *Pszichoanalitikus onkopszichológia.* <https://www.calameo.com/read/0040046558df60cd08f43>
- Sartre, J-P.** (1943). *A lét és a semmi.* Ford. Seregi Tamás. Budapest: L'Harmattan, 2020.
- Schilder, P.** (1935). *The Image and Appearance of the Human Body.* New York: International Universities Press.
- Sontag, S.** (1978). *A betegség mint metafora.* Ford. Lugosi László. Budapest: Európa, 1983.

- Stern, D. N.** (1985). Affect attunement. In: J. Call, E. Galenson, R. Tyson (szerk.), *Frontiers of Infant Psychiatry II* (3–14). New York: Basic Books.
- Stolorow, R. D. – Atwood, G. E.** (1992). *Contexts of Being*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Stolorow, R. D.** (1994). The nature and therapeutic action of psychoanalytic interpretation. In: R. D. Stolorow, G. E. Atwood, B. Brandchaft (szerk.), *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach* (43–55). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Symington, J. – Symington, N.** (1986). *W. Bion klinikai munkássága*. Budapest: Animula, 1999.
- Tangney, J. P. – Dearing, R. L.** (2002): *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.
- Tiedemann, J. L.** (2018). *Szégyen*. Ford. Szegő Andrea. Budapest: Oriold és Társai.
- Wigoder, S.** (2011). Ogden: Az interszubjektív találkozástól az álommunkáig. Ford. Schmelowszky Ágoston. *Lélekelemzés*, 2018, 132(2): 13–66.
- Winnicott, D. W.** (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press.
- Zhu, L. – Zhang, J. – Zhang, H. – Wang, C. – Xu, W.** (2023). The relationship between shame and post-traumatic growth in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 32(1): 79–87.