

Mentálhigiéné Szakirányú Továbbképzési Szak

ZÁRÓDOLGOZAT

SEMMELWEIS EGYETEM  
EGÉSZSÉGÜGYI KÖZSZOLGÁLATI KAR  
MENTÁLHIGIÉNÉ INTÉZET

2017

dr. Györfy Judit

# ZÁRÓDOLGOZAT

dr. Györfy Judit

A gyermekkori szexuális abúzus túlélők szüléskísérése-  
a trauma túlélők kihívásai a medikalizált szülészeti modellben

SEMMELWEIS EGYETEM  
MENTÁLHIGIÉNÉ INTÉZET

Intézetigazgató:

Dr. Pethesné Dávid Beáta PhD habil.  
egyetemi tanár

BUDAPEST

2017

# Tartalomjegyzék

<b>I. Témafelvetés .....</b>	<b>4</b>
<b>II. A gyerekkori szexuális abúzus és hatásai.....</b>	<b>5</b>
1. Elkövetők, áldozatok .....	5
2. Statisztikák .....	6
3. Gyerekkori szexuális abúzus, mint trauma.....	6
4. PTSD jellemzői .....	8
5. A gyerekkorban elszenvedett szexuális trauma hatása a személyiségre .....	9
6. Szexuális visszaélés hatása a szülésre .....	10
<b>III. Két eltérő szemlélet a szülészetben: szülésvezetés vagy szüléskísérés.....</b>	<b>11</b>
1. Technokrata modell.....	11
2. Bábai modell.....	12
3. Hazai lehetőségek .....	13
<b>IV. Hatalmi eltolódás a szülő nő, és az őt segítő egészségügyi szakemberek viszonylatában.....</b>	<b>13</b>
1. Túlélők az egészségügyi ellátásban.....	15
2. Hatalom a biztonságérzet szolgálatába állítva.....	16
3. Hatalommal visszaélés - szülészeti erőszak .....	16
a) Szülészeti erőszak fogalma .....	16
b) A szülészeti erőszak és a szexuális erőszak közös jellemzői.....	17
c) Gyakori bánásmód az anyai történetek alapján szülészeten.....	17
d) Néhány példa a Másállapotot a szülészetben mozgalom által összegyűjtött történetekből.....	18
4. Strukturális erőszak – kontextus, amiben a szülészeti erőszak megtörténik.....	20
<b>V. Szülés során felmerülő triggerek túlélőknél.....</b>	<b>21</b>
1. Belső, a folyamathoz kapcsolódó trigger .....	21
2. Külső triggerek .....	24
3. A bánásmód kiemelkedő szerepe szülés során.....	25

<b>VI. Szülés, mint esély</b> .....	<b>26</b>
1. A szülés hatása a szexuális visszaélés feldolgozására.....	26
2. Szüléskísérés, mint segítő hivatás .....	27
3. A terápiás kapcsolat jellemzői Rogersnél.....	27
4. Félelem hatása a szülésre.....	28
5. Kontroll és biztonságérzet a félelem ellenszere .....	29
6. Két példa, ahol az anya irányít .....	31
<b>VII. Non-direktivitás</b> .....	<b>32</b>
1. Direktív és non-direktív kommunikáció.....	32
2. Szülés közben .....	33
3. Problémamegoldás non-direktív módon.....	33
4. Tájékozott döntés jelentősége.....	35
5. Mentálhigiénés orvosszerep és kapcsolat előnyeiről.....	36
6. A tájékozott döntés kivitelezése .....	36
7. Non-direktív támogatás nyújtása vészhelyzet elhárítása mellett.....	37
8. Terápiás szüléskísérés.....	38
<b>VIII. Záró gondolatok</b> .....	<b>40</b>
<b>IX. Irodalomjegyzék</b> .....	<b>44</b>
<b>X. Mellékletek (I-III.)</b> .....	<b>47</b>
<b>XI. A gyermekkori szexuális abúzustúlélők szüléskísérése- traumatizálók kihívásai a medikalizált szülészeti modellben (cikk)</b> .....	<b>52</b>

*Köszönet a férjemnek és a gyerekeimnek, akik rengeteg idővel, és türelemmel ajándékoztak meg, hogy ez a dolgozat megszülethessen.*

*Köszönet a Másállapotot a szülészetben mozgalom tagjainak, akikkel a közös gondolkodás révén tisztult le bennem a szülészeti ellátással kapcsolatban számtalan kérdés, az abúzus túlélő önszolgáltató közösség tagjainak, hogy segítettek jobban megérteni a szexuális bántalmazás hatásait, és köszönet Németh Margitnak, aki mindvégig mellettem állt saját feldolgozási munkám végzése során.*

„A szexuális erőszakot megélt nők szülésélményei világítják meg a legjobban az intézményesült egészségügyi ellátás dinamikáját és a gondozást adó és kapó személyek közötti hatalmi egyenlőtlenséget. A szexuálisan bántalmazott nők tapasztalatai kicsiben szimbolizálják minden nő tapasztalatát, akit lealacsonyítanak és akivel rosszul bánnak várandóssága és szülése alatt. Ha a szülést személyes odafordulás és tisztelet nélkül vezetik, ha az irányítás durva és intenzív az már önmagában felér egy szexuális erőszak hatásaival.”<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Kitzinger, S. (2008): A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis? Budapest, Alternatal.98.old.

## Áprily Lajos: Trauma

Irtóztató volt. Mélyre ásd,  
hogy rém-arcát ne lásd, ne lásd,  
vess rá gyepet s döngöld le jól,  
gyűjts rá fatörzset és követ,  
vagy ültess vadbokor-tövet,  
ne törhessen fel föld alól.

S ha rossz sugallat arra küld,  
azt a helyet kerüld, kerüld.  
S ha látod, bokra megremeg,  
mondd: madárszárny ütötte meg,  
s ha tájékán a föld dobog,  
mondd: nem, nem ő – vakondokok.  
S nehogy pokol kínjára juss,  
takard el arcod s messze fuss.

### I. Témafelvetés

Szakdolgozatom témája a gyerekkori szexuális abúzus túlélők várandósságának, szülésének kísérése és pszichés támogatása, ezen folyamatok megélése közben. Célom, hogy a szexuális abúzust túlélő anyákat segítő szakembereknek, egészségügyi dolgozóknak, összefoglaljam mindazokat a szempontokat a dolgozatomban feldolgozott szakirodalmak alapján, melyekkel számolni érdemes klienseikkel folytatott munka során, továbbá szeretnék a gyermeküket váró túlélőknek egy olyan fogódzót adni, ami segítségével nagyobb tudatossággal és a megértés adta bátorsággal vállalhatják fel igényeiket és készülhetnek szülésükre. Érdeklődésemet a téma iránt az önismeretben eltöltött évek, saját szüleimre való felkészülés és azok megélése hozta, majd a Másállapotot a szülészetben mozgalom aktivistájaként tapasztalt női igények meghallgatása, meghallása mélyítette el.

## II. A gyerekkori szexuális abúzus és hatásai

### 1. Elkövetők, áldozatok

Gyerekkori szexuális visszaélés áldozata a 0-18 év közötti gyermek. Elkövetője lehet felnőtt korú személy vagy az áldozatnál idősebb 18 év alatti, akinek hatalma van a gyerek felett.<sup>2</sup> Mint minden bántalmazásnak, a szexuális abúzusnak is a hatalommal való visszaélés az alapja. A hatalmi eltolódást a korkülönbség önmagában megalapozza, de az esetek háromnegyedében az elkövető az áldozat által ismert tekintélyszemély-apa, nagypapa, egyéb rokon, edző, tanár, orvos, pap.<sup>3</sup> A köztük levő egyenlőtlen, alá-fölérendeltségi viszony miatt, az áldozat nincs abban a helyzetben, hogy érdemben nemet mondhasson.<sup>4</sup>

Szexuális visszaélésnek számít minden olyan tevékenység, - lehet ez fizikai, pszichés vagy verbális - ami szexuális izgalmat okoz az elkövetőnek.

- Fizikai szexuális abúzus: közösülés, ujj vagy tárgy felhelyezése a hüvelybe, végbélnyílásba, anális vagy orális szexre való kényszerítés, nemi szervek dörzsölése az áldozat testéhez, a gyerek nemi szervének izgatása, gyerek kényszerítése, hogy más nemi szervét megérintse stb.
- Pszichés abúzus körébe tartozik: a nemi szervek mutogatása, a gyerek „kukkolása”, szexuális fejlődése iránti tovakodó érdeklődés, pornográf felvételek megmutatása, szexuális aktus a gyerek jelenlétében.

2 Btk. 198. § (1) Az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki tizennegyedik életévét be nem töltött személlyel szexuális cselekményt végez, vagy ilyen személyt arra bír rá, hogy mással szexuális cselekményt végezzen, büntetett miatt egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) Az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki tizennegyedik életévét be nem töltött személyt arra törekszik rábírni, hogy vele vagy mással szexuális cselekményt végezzen, három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(3) Ha a sértett az elkövető hozzátartozója vagy nevelése, felügyelete, gondozása, gyógykezelése alatt áll, illetve az elkövető a szexuális visszaélést a sértettel kapcsolatban fennálló egyéb hatalmi vagy befolyási viszonyával visszaélve követi el, a büntetés

a) az (1) bekezdésben meghatározott esetben két évtől nyolc évig,

b) a (2) bekezdésben meghatározott esetben egy évtől öt évig

terjedő szabadságvesztés.

(4) Az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki tizennegyedik életévét betöltött, de tizennyolcadik életévét be nem töltött személlyel a vele kapcsolatban fennálló hatalmi vagy befolyási viszonyával visszaélve szexuális cselekményt végez, három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.)

3 <http://muszajmunkacsoport.hu/tudastar/mit-nevezunk-gyerekkori-szexualis-abuzusnak/statistikak>

4 [http://eszteralapitvany.hu/wp-content/uploads/2015/04/Pszichol%C3%B3gia\\_TAMOP\\_k%C3%A9szlet%C3%B6nyv\\_v%C3%A9gs%C5](http://eszteralapitvany.hu/wp-content/uploads/2015/04/Pszichol%C3%B3gia_TAMOP_k%C3%A9szlet%C3%B6nyv_v%C3%A9gs%C5)

91.pdf

- Verbális abúzus valósul meg, ha a gyerekre vonatkozóan szexualizált nyelvezetet használ az elkövető, szexuális tartalmú vicceket mesél, vagy megjegyzéseket tesz a másodlagos nem jegyeire.<sup>5</sup> ( Simkin, 2004 ; Bass, 2008 )

## 2. Statisztikák

A gyerekek ellen elkövetett szexuális erőszak előfordulásának mérése igencsak nehezített a bántalmazásra jellemző nagyon magas látencia miatt. Az Országos Kriminológiai intézet becslése szerint a szexuális erőszak látenciája 24-szeres, gyerekek ellen elkövetett visszaélés esetén még magasabb lehet.<sup>6</sup> Független helyzetük és a témát övező erős tabu hatására az áldozatok csak ritkán beszélnek, gyakran pedig a traumás amnézia is - mely egykor a bántalmazó közegben való túlélésben segítette őket - megakadályozza az áldozatot, hogy visszaemlékezzen a történetekre.<sup>7</sup> Magyarországi felmérést a Független Médiaközpont készített 2011-ben Pandóra szelencéje projekt keretében, mely szerint a gyerekek 20%-a szenved el valamilyen szexuális visszaélést.<sup>8</sup> Nemzetközi tanulmányok szerint az elkövetések becsült mértéke lányok esetében 25-40 %-ra tehető, míg fiúk esetében ez a szám 20-25 % között mozog. Hasonló arányokról számoltak be kanadai, svéd és brit kutatások is.<sup>9</sup> Diana Russel amerikai szociológus aktivista átfogó felmérése szerint, minden negyedik nőt megerősszakolnak, gyerekkorában minden harmadik nőt ér szexuális visszaélés.<sup>10</sup>

A fent írt statisztikákból is látszik, hogy a legoptimistább becslések szerint is öt kismamából legalább egy él együtt a gyerekkori szexuális bántalmazás hosszú távú hatásaival.

## 3. Gyerekkori szexuális abúzus, mint trauma

A trauma görög eredetű szó, amelyet hirtelen bekövetkező, külső okok által okozott súlyos fizikai vagy lelki sérülések megnevezésére használjuk.

Traumatikus életesemények lehetnek mindazon események, amik együtt járhatnak az élet fenyegetettségével, súlyos sérüléssel, vagy szexuális erőszak megtapasztalásával. A traumatikus hatások létrejöttéhez nem szükséges az esemény személyes elszenvedése, a

5 1.sz Módszertani levél, dr. Herczog Mária – dr. Kovács Zsuzsanna A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése és kezelése, 2004 Budapest 7. o.

6 [http://nane.hu/wp-content/uploads/2016/03/0408\\_keret\\_kiadv%C3%A1ny\\_web.pdf](http://nane.hu/wp-content/uploads/2016/03/0408_keret_kiadv%C3%A1ny_web.pdf) .

7 Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó – NANE Egyesület, Budapest, 2003. 66. o.

8 <http://muszajmunkacsoport.hu/tudastar/mit-nevezunk-gyerekkori-szexualis-abuzusnak/statisztikak>

9 Penny Simkin, Phyllis Klaus : When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on Childbearing Women 2004 4.-5. oldal

10 Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó – NANE Egyesület, Budapest, 2003. 46. o.



trauma kialakulhat a szemtanúkban is. (vikárius trauma).<sup>11</sup> A testben és lélekben az erős fenyegetettség hatására azonnali válaszreakció indul, készenléti állapotra kapcsol, amit megemelkedett adrenalin, kortizol és norepinephrin szint jellemez. Ezeknek a hormonoknak köszönhetően a figyelem és észlelés kiéleződik míg az éhség, fáradtság és az emésztés funkciók háttérbe szorulnak, így teszik lehetővé optimális esetben a „fight or flight”, fuss vagy menekülj azonnali válaszreakciót.<sup>12</sup> A gyerekek ellen elkövetett szexuális erőszak hatását tekintve sok hasonlóságot mutat más traumatizáló eseménnyel, a háborúban, fogságban vagy családon belül elszenvedett erőszakkal, kínzással. Az áldozatok ezekben a helyzetekben huzamosabb ideig, ismétlődően, a tehetetlenség, életveszélyes fenyegetettség, a rettegés és a teljes kontrollvesztés állapotát élik meg. Ilyenkor az áldozat számára az agy által indukált reakció nem kivitelezhető, sem menekülni sem küzdeni nem tud, ezáltal az önvédelmi rendszere túlterhelődik és lekapcsolódik a fizikai és érzelmi fájdalom érzékeléséről. Ezt a jelenséget hívjuk disszociációnak, ami adott esetben adaptív megküzdési stratégiának számít a túlélés szempontjából. Feldolgozás nélkül azonban a traumára adott válaszreakció az akut veszély elhárultával is fennmarad és a traumás eseményről leszakadva önálló életre kel. (Bass, 2008; Herman 2003)

Ha a veszélyre adott reakciók a helyzet elmúlásával is megmaradnak, ha a szervezet nem képes a trauma előtti működési állapotra visszaállni, akkor beszélünk poszt traumás stressz zavarról (PTSD).<sup>13</sup>

Két fajtáját különböztetjük meg a DSM-V-TR szerint, attól függően, hogy mennyi ideig tart, illetve, mikor lép fel.

Akut stressz-zavar: ha a szorongáshoz kapcsolódó tünetek a traumatikus eseménytől számított 4 héten belül jelentkeznek, és 2-28 napig tart.

Krónikus poszttraumás stressz-zavar (PTSD) a diagnózis, ha 28 napnál tovább tart. Előfordul, hogy a tünetek a trauma után legalább 6 hónap elteltével jelentkeznek, ilyenkor késleltetett poszttraumás stressz-zavarról beszélünk.<sup>14</sup>

11 DSM-V meghatározása szerint: valós vagy fenyegető haláleset, súlyos sérülés vagy szexuális erőszak megtapasztalása. A1: a traumatikus esemény(ek) közvetlen átélése A2: másokkal történő események látványa tanúként

12 Ellen Bass, Laura Davis: The Courage to Heal: A Guide for Women Survivors of Child Sexual Abuse, HARPER, New York, 2008 243. o.

13 Hárđi L. A poszttraumás stressz szindróma keletkezése és kezelése, 2000 Psychiat Hung 311-317.

14 DSM-IV TR Esettanulmányok, Klinikaiútmutató a differenciál-diagnózishoz, allen Francis, M.D., Ruth Ross M.A. 182-183. old., kiegészítve a DSM V változásaival:

<http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/files/2012/06/Nagy-Be%C3%A1ta-DSM.pdf>

Mivel a gyerekeket érő szexuális erőszakot a személyiségfejlődés korai szakaszában, gyakran közeli hozzátartozó vagy ismerős által, ismétlődően követik el és viszonylag ritkán kapnak az áldozatok időben hatékony segítséget a feldolgozáshoz, személyiségük egészét érintő jellegzetes változás tapasztalható, köztük az identitás és kötődések torzulásai. <sup>15</sup>Judith Herman szerint a krónikus bántalmazás elszenvedőinek e bonyolultabb tünetképére szerencsésebb lenne a komplex poszttraumás stressz zavar diagnózist használni, ami jobban kifejezi és elismeri a túlélőt ért trauma szerteágazó voltát, összetettségét. <sup>16</sup>

#### 4. PTSD jellemzői

A poszttraumás stressz zavarra jellemző tünetek három fő csoportba különíthetők el. <sup>17</sup>

- Hiperarousal a veszélyre adott fiziológias válasz amely annak elmúltával is fennmarad egy folyamatos készenléti állapotban, stresszhelyzetben tartva az áldozatot. Ennek a jelen szempontjából már maladaptív állapotnak hatására az áldozat ingerlékeny, feszült, kisebb provokációra is dühkitöréssel reagálhat, alvási problémákkal küzd, kimerült. Nem rendelkezik az önmegnyugtatás, belső kontroll képességével.

- Emléketörések formájában a traumatizáltak időről időre újraélik a trauma valóságát, annak minden testi lelki kísérőtünetével együtt, mintha csak a jelenben ismételten megtörténne velük. Az intenzív érzéseket, elkerülő magatartásokkal igyekeznek kordában tartani, ami az élettér beszűküléséhez vezet.

A traumatikus élmény nem képes összeköttetésbe kerülni az adaptív információval, amint az a feldolgozott életeseményekkel történik, így narratíva nélküli megdermedt érzetek, képek formájában vésődnek tudatukba. <sup>18</sup> A traumás emlékképek éber állapotban spontán módon, kontrollálhatatlanul bevillannak (flashback), alvás idején pedig rémálmok formájában törnek be. Az emléketöréseket kiválthatják bizonyos ingerek, szagok, mondatok, mozdulatok, testérzetek stb. - amik az eredeti traumára emlékeztetnek, ezáltal kapcsolódnak a traumás emlékhálózathoz. Ezeket a kiváltó ingereket nevezzük triggernek. Ilyenkor a túlélő ugyanazzal az érzelmi intenzitással éli meg feloldatlan érzéseit, félelmét, tehetetlen dühét, mint a trauma elszenvedésekor. <sup>19</sup>

15 Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó – NANE Egyesület, Budapest, 2003. 46. o.148. o.

16 I. sz. melléklet

17 Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó – NANE Egyesület, Budapest, 2003. 46. o.52. o. - 71. o.

18 Francine Shapiro PhD: Győzd le a múltad! Medicina, Budapest 2016. 59. o.

19 Francine Shapiro PhD: Győzd le a múltad! Medicina, Budapest 2016. 82. o.

- A harmadik tünetcsoport a beszűkülés vagy traumás tompultság, amivel az áldozat az aktív védekezés, vagy menekülés kivitelezhetetlensége miatt a tudatállapota megváltoztatásával próbál az elviselhetetlen testi lelki fájdalomtól szabadulni. Mélységes passzivitás, érdektelenség és a kezdeményezőkézség teljes hiánya, deperszonalizáció, derealizáció és az időérzék megváltozása jellemzi ezt az állapotot.

A feldolgozatlan trauma következtében a túlélő a végletek között hánykolódik, hol elárasztják emlékei és az ahhoz kapcsolódó intenzív érzései, hol pedig amnéziába szenved, vagy érzelmi elsivárosodás, tompultság jellemzi. Akármelyik tünetcsoport is dominál az áldozat végső soron állandóan a trauma fogságában él, amely meggátolja élete teljességének megélésében és a kreatív örömteli életvitelben. (Shapiro, 2016; Bass, 2008; Simkin, 2004)

##### **5. A gyerekkorban elszenvedett szexuális trauma hatása a személyiségre**

Az elszenvedett szexuális visszaélés áldozatra gyakorolt hosszú távú hatását sok tényező befolyásolhatja, ilyen többek között az elkövetéskori testi, szellemi, lelki egészségének állapota, kora, családi környezete, a bántalmazás tartóssága, kiterjedtsége és az elkövetőhöz fűződő viszonya, valamint környezete reakciója az őt ért traumára.<sup>20</sup>

A legtöbb esetben az elkövető, közeli hozzátartozó vagy a gyerek bizalmát, szeretetét élvező tekintélyszemély. Ilyenkor a sérülés még nagyobb, hiszen a bántalmazóhoz fűződő szeretetkapcsolata feloldhatatlan ambivalencia elé állítja.<sup>21</sup>

A bántalmazás megtapasztalása alapjaiban zúzza szét a gyerek önmagába, az emberekbe és a világba vetett bizalomra, intimitásra, másokhoz való kötődésre, autonómiára való képességét. A testhatárok megsértése, a megaláztatás elviselése, a fizikai fájdalom és a bántalmazóval, illetve a bántalmazás tudatával való együttélés traumás megküzdési stratégiákat kíván a fejlődésben levő pszichétől. A túlélés érdekében az áldozatok testüktől, testi érzeteiktől elszakadnak, elvesztik vagy ki sem fejlesztik az öngondoskodás képességét. Érzéseiket elfojtják, kényszerselekvésekbe, disszociált tudatmódosult állapotokba menekülnek, hogy a trauma okozta stresszt oldják és hosszabb távon emlékeik gyakran traumás amnéziába süllyednek. A megrontottság miatti belső rosszaság érzés, és a megaláztatás elszenvedése miatti önhibáztatás gyakran vezet önbántalmazáshoz. Az

20 Németh Margit - dr. Virág György 2011: ESZTER Alapítvány Hallgatói kézikönyv

21 <https://www.nspcc.org.uk/preventing-abuse/child-abuse-and-neglect/child-sexual-abuse/sexual-abuse-facts-statistics/>

önmegnyugtatás destruktív formái, mint szerhasználat, öncsonkítás, vagdosás, kényszerevés általánosnak mondható túlélők között.<sup>22</sup>

### ***Vallomás egy túlélőtől:***

*„Lila hálóingben voltam, mikor nézted mellettem a pornót és maszturbáltál. Vajszínű, virágos pizsamában, mikor fogtad a fejem és leszopattál. Esténként masszírozás címszóval fogdostál. Amikor nem volt otthon senki közösültél a 11 éves testemmel. Emlékszem, első alkalommal folyt a vér a lábamon, te pedig zuhanyozni küldtél. Eltüntettél. Egyszerre voltál a biztonság és a rettenet. Valaki, akinek mindenáron meg akartam felelni, különben baj lesz. Üres lettem, néma és láthatatlan. Kívül jókislány, belül forrongó (ön)gyűlölet. Senki nem segített. Én úgy segítettem magamon, hogy újra és újra elfelejtettem amit tettél, teszel velem. Ennek nagy ára volt, elvesztettem a kapcsolatot egy részemmel, a testemmel, magammal. De most már elég volt. Nem bánthatsz többé! Nem mondom le miattad magamról. Dögölj meg inkább te! Megtöröm a csendet, megtöröm a rendet!”*  
/Emma, egy 30 éves túlélő/

Felnőttként, a bántalmazás következményeként gyakran okoz problémát a túlélőknek a kontroll és kiszolgáltatottság kérdése. Azok az élethelyzetek, amikor mások dönthetnek helyettük, ha elveszíthetik az irányítást az események felett, vagy ha testüket „át kell adni” kezelésre, vizsgáltra, az érintések melyek fölött nincs hatalmuk, a lemeztelenítettség, közszemlére tettség - konkrét és átvitt értelemben- mind kihívás számukra. Az emberekbe vetett bizalom kérdése, tekintélyszemélyekkel való együttműködés, minden olyan kapcsolat, ahol alá-fölérendeltséget, függő viszonyulást élnek meg, az eredeti trauma okozta kiszolgáltatottságra, elnyomásra emlékezteti őket. Váratlan új helyzetek, és a kiszámíthatatlanság az eredeti traumánál megélt kontrollvesztés és tehetetlenség miatti retteget, pánikot vagy éppen dühöt és gyűlöletet válthat ki. (Bass 2008; Kitzinger 2008)

### **6. Szexuális visszaélés hatása a szülésre**

A szülés az életeseményeink egyik olyan kiemelkedő állomása, ahol fokozottan van jelen a sérülékenység, az ebből fakadó kiszolgáltatottság, az ismeretlennel való találkozás, a bizalom, önátadás és kontroll kérdésköre, önmagunkkal és másokkal való együttműködés, a kompetenciából fakadó sikerélmény lehetősége vagy annak hiányának kudarca. Együtt jár a testi kitárulkozással, intim testrészek felfedésével, testhatáraik idegenek általi

<sup>22</sup> Ellen Bass, Laura Davis: The Courage to Heal: A Guide for Women Survivors of Child Sexual Abuse, HARPER, New York, 2008 13. - 28. o.

átlépésével (még ha beleegyezéssel is történik), és fájdalommal, amit mások előtt megmutatva élnek át a nők. Mindez számtalan triggert jelenthet a túlélő számára, olyan emlékek idéződhetnek fel, mely a bántalmazáshoz kapcsolódnak.<sup>23</sup>

Emiatt tűnhet úgy a kívülállónak, hogy a várandós nő viselkedése bizonyos helyzetekben eltúlzó, a jelen szituációhoz képest inadekvát, vagy rendkívül bizalmatlan, miközben a múlt tapasztalatai fényében nagyon is érthető viselkedése és érzelmei intenzitása. (Simkin, 2004 ; Bass, 2008 Shapiro, 2016)

### III. Két eltérő szemlélet a szülészetben: szülésvezetés vagy szüléskísérés

#### 1. Technokrata modell

Davis-Floyd írja le azt az egészségügyben ma is uralkodó, technokrata szemléletet, ahol az emberi test a lélektől és érzelmeitől elszakítva, mint gyári futószalagon - a technika és a szakember(orvos) segítségére szoruló, javításra váró termék - halad egyik beavatkozástól a másikig, míg a végső produktum, az élő magzat és anya elő nem áll.

A folyamat uralója és kizárólagos felelőse az orvos, aki levezeti a szülést, a nő pedig passzív, inkompetens alanya, vagy inkább tárgya a rendszernek. A szüléseknek egységesített időkeretben kell haladni és szigorúan előírt menete van a beavatkozásoknak, függetlenül a nő akaratától, hogy a szülése az előirányzott elvárásoknak megfeleljen. A gyerekesített beteggel szemben a paternalista, döntéseit átvállaló egészségügyi dolgozó áll. A protokollok a dolgozók kényelmét és nem a nő szükségleteit szolgálják.<sup>24</sup> (Davis- Floyd, 2003; Kitzinger, 2008; Varga- Suhai-Hodász,2002)

Kórházi közegben, az életet adó egészséges nőkből az egészségügyi terminológia szerint „páciens” és „beteg” lett, s mint ahogy arra Varga Katalin pszichológus rámutat, már a terhesgondozás során erre számos pszichés utalást kap a várandós, hogy valami még sincs rendben vele, hiszen *gondozásra* jár a *kórházba*, ahol állapotát monitorozzák, vérvételekkel tesztelik, *fájásairól* érdeklődnek, majd szülése alatt külső beavatkozásokkal bombázzák és orvosa segítségére szorul gyereke megszületéséhez.<sup>25</sup> A mellérendelt partneri együttműködés helyett, alá-fölé rendeltség, tekintélyelvű utasítás, és az egészségügyre

23 Molnár Judit: Posztpartum posztraumás stressz szindróma, in: Kuritárné Szabó Ildikó, Tijslár-Szabó Eszter (szerk.) :Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna 204 o.- 216 o., Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2015

24 Davis – Floyd, Robbie: Birth as an American Rite of Passage. University of California Press Berkeley, Los Angeles, London 1992, 2003 44.o.-184. o.

25 Varga K. – Suhai-Hodász G. (2000). Szülés és születés. Lélektanon innen és túl. Pólya, Budapest 2002 93.o.

egyébként is jellemző atyáskodó viszonyulás hatja át a szülő nő és segítője kapcsolatát. Ez a rendszer nem jutalmazza az autonómiát, a passzív alanyokat értékeli, akik könnyen engedelmeskednek és kérdés nélkül követik az utasításokat. (Kitzinger, 2008; Davis - Floyd, 1992, 2003; Varga- Suhai-Hodász 2002)

## 2. Bábai modell

A technokrata szülésmodell alternatívája a bábai modell, vagy ahogy Davis - Floyd írja a holisztikus szemlélet, ahol a szüléseket a szülésznők kísérik, orvos csak a valódi komplikációknál, életmentő beavatkozásoknál van jelen. Az előbbivel ellentétesen ezt a szemléletet a szülés természetes folyamatának támogatása, beavatkozások minimalizálása, nőközpontú hozzáállás jellemez.

- Nem választja ketté az anya és az újszülött érdekeit, akárcsak a test és a lélek szükségleteit sem.
- A szüléseket nem kívánja szigorú időkorlátokba belekényszeríteni, hangsúlyt helyez az individuális elvárásokra.
- Kompetensnek tartja a nőt saját testi folyamataiban, így szülésében is.
- Tisztában van a szülés, mint kiemelkedő életesemény szerteágazó, hosszú távú hatásaival, mely mélyen érinti az anyát, a babát, az apát és kapcsolatukat egymással. Ennek megfelelően tisztelettel bánik az anyával, és segíti, hogy a folyamat során érzelmi biztonságban legyen.
- Nem végez rutinszerű beavatkozásokat, nem sűrgeti a folyamatot indokolatlanul, mert tisztában van azzal, hogy minden beavatkozás kockázatokat rejt és egy újabb beavatkozás esélyét növeli dominószzerűen.<sup>26</sup>
- Az anya választja meg, ki legyen ott szülésénél.
- Mozgását nem korlátozza, szabadon választja meg szülési pozícióját, saját kényelme szerint.
- Lehetővé teszi számára a tájékozott döntést, minden őt érintő kérdésben és ehhez pontos és naprakész információkat ad.

A Koalíció a Szülészeti Ellátás Javításáért kezdeményezésére (CIMS) 1996-ban megszületett az Anyabarát Szülészeti ellátásért nemzetközi minőségbiztosítási rendszer, mely a tudományos bizonyítékokon alapuló, progresszív bábai szemléletet népszerűsíti. A képzést elvégző, szigorú kritériumoknak megfelelő

<sup>26</sup> Kitzinger, S.: A szülés árnyékában. Katarzisz vagy krízis? Budapest, Alternatal, 2008, 48.o

kórházak egészségügyi dolgozói, szülésházakban tevékenykedő szülésznők és független bábák Anyabaráttal minősítést kapnak.<sup>27</sup> (Melléklet II. Anyabaráttal szüléskezdeményezés 10 pontja)

### 3. Hazai lehetőségek

Sajnálatos módon, hazánkban egyetlen bábai gondoskodást nyújtó, vagy anyabaráttal minősítéssel rendelkező intézmény sem működik, bár vannak szakemberek, akik maguk a rendszer adta kereteken belül törekszenek egy humánusabb ellátást képviselni.

Összehasonlítva a két szemléletet nem nehéz belátni, hogy a medikalizált modellben, még ha az anya egy szemléletében nem technokrata orvossal is szül, jóval nagyobb energiára és önérvényesítő készségre van szüksége ahhoz, hogy olyan ellátást kapjon, ami közelít az elvárásaihoz, míg a másik modellben rendszer szinten adottak a feltételek egy gyógyító, de legalábbis nem traumatizáló szüléshez.

Jelenleg, az otthoni szülést kísérő bábapraxisok tudják azt az előre kiszámítható érzelmi biztonságot nyújtani, amit az idegenek kizárása, a szülésznők folyamatos jelenléte, kizárólagos figyelme, beavatkozásmentes támogatása, a partneri kommunikáció és a tiszteletteljes bánásmód nyújt. Ezért sok túlélő számára az intézményen kívüli szülés az egyetlen lehetőség arra, hogy bábai szemléletű ellátást kapjon.<sup>28</sup>

### IV. Hatalmi eltolódás a szülő nő, és az őt segítő egészségügyi szakemberek viszonylatában

*„Amíg az orvos visszajött varrni, hárman is jártak a szobában, akiknek semmi tennivalójuk nem volt ott, csak "benéztek", miközben én remegő, felpolcolt, széttárt lábakkal vártam tehetetlenül, hogy letöröljék rólam a vért és a magzatszurokot és összevarrjanak. Borzasztóan megalázva éreztem magam...”<sup>29</sup>*

Az alábbi táblázat a szülő nő és a szaksegítség közötti fizikai, mentális és érzelmi különbségeket szemlélteti.<sup>30</sup>

27 <http://www.motherfriendly.org/mfci>

28 Vincze Felícia, Lippienné Krémer Ibolya: Az intézeteken kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban, Orvosi Hetilap: 2016 157. évfolyam, 11. szám 415.o. – 423. o. <http://akademiai.com/doi/pdf/10.1556/650.2016.30364>

29 Anyai történet a Másállapotot a szülészetben mozgalom facebook oldaláról <https://www.facebook.com/masallapotot/photos/a.1742922429260632.1073741831.1576832335869643/1987963751423164/?type=3&theater>

30 Penny Simkin, Phyllis Klaus : When survivors give birth c. könyv alapján - 122.o.

	Ellátást nyújtó	Várandós, szülő nő
<b>Fizikálisan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• álló testhelyzetben</li> <li>• presztízzsel bíró öltözetben</li> <li>• szabadon mozoghat</li> <li>• fájdalmat, stresszt okoz a nőnek / hüvelyi vizsgálat /</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hanyatt fekszik</li> <li>• saját szokásos ruhájáról megfosztva /kórházi egyen öltözetben/</li> <li>• gyenge</li> <li>• mozgása korlátozva van, szabályok közé szorítva /monitor zsinórokhoz, infúziós állványhoz, ágyhoz kötve,/</li> <li>• passzívan szenved el a fájdalmas vagy stresszes beavatkozásokat</li> </ul>
<b>Mentálisan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rendelkezik a tudással</li> <li>• ő a szakember</li> <li>• szakzsargont használ</li> <li>• személytelenül, tudományos megfogalmazásokat használ</li> <li>• saját terepen van, komfortzónán belül</li> <li>• ő birtokolja a gépeket/ctg, monitorok, oxigén maszk infúzió/</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kevesebb tudással rendelkezik</li> <li>• nem számít szakembernek saját szülésénél</li> <li>• nem, vagy kevésbé érti a medikus zsargont</li> <li>• saját személyes érzéseit, aggodalmait osztja meg</li> <li>• komfortzónáján kívül, idegen terepen van</li> </ul>
<b>Érzelmileg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nincs fájdalomban</li> <li>• nincs veszélyben</li> <li>• összeszedett</li> <li>• a helyzet ura, független</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fájdalomban van</li> <li>• úgy érezheti veszélyben van</li> <li>• stresszes vagy ijedt</li> <li>• a szokásos, hétköznapi megjelenésétől megfosztott</li> <li>• függő, sérülékeny, kiszolgáltatott ismeretlen tekintély-személyben kéne bízni, ami nehezebbé esik</li> </ul>



## 1. Túlélők az egészségügyi ellátásban

A hatalmi viszonyban jelenlevő eltolódás különösen nehéz feladat elé állítja a túlélőket, felidézheti a korábbi abúzus emlékét, mikor fájdalomban, tehetetlenségben, és szexuális tárgyiasításban volt része, alárendelt pozícióban.<sup>31</sup> Mivel a bántalmazást elszenvedők alaptapasztalata, hogy a tekintéllyel rendelkező személy visszaél hatalmával az ő kárukra, és áldozattá válnak, igyekeznek ezt a jelenben elkerülni. Az elkerülés lehet tudatos és tudattalan, függetlenül attól, hogy emlékeznek-e az eredeti traumára viselkedésüket a kontroll megtartása és ezáltal a biztonságérzet fenntartása vezérli. (Bass, 2008; Simkin 2004)

Ez megnyilvánulhat a tekintélyszemélyekkel fenntartott kapcsolatukban bizalmatlanságban, együttműködési nehézségekben. Gyakran ők a szülés körül segítők által „nehéz esetnek” diagnosztizáltak sokat kérdező, fenntartásokkal, saját elképzelésekkel rendelkező szülő nők, akik szeretnék az irányítást megtartani, mindenről tudni és dönteni. Ugyanez a biztonságra törekvés nyilvánul meg viselkedés szintjén épp az ellenkezőjében, amikor passzív, saját igényeket teljesen elhallgató és utasításoknak alárendelődő attitűd jellemzi a nőt, melynek mögöttes mozgatórugója szintén az alapbántalmazás és az az elképzelés, „ha elég jó vagyok” nem lesz baj, ezzel vélt kontroll alatt tartva a tekintélyszemély viselkedését.<sup>32</sup>

Ferenczi így ír, erről a teljesen önfeladó, konfliktuskerülő attitűdről, amit megfigyelt szexuálisan bántalmazott kliensei körében. „Amikor a félelem és a szorongás eléri a tetőpontját, ez arra kényszeríti őket, hogy támadójuknak mindenben alávessék magukat, alárendeljék akaratukat és magukról megfélelkezve azonosuljanak az agresszorral.”<sup>33</sup> Egyik viszonyulás sem lesz célravezető a szülő nő számára, mert pont az annyira vágyott, fizikai érzelmi biztonságot adó, támogató, az eredeti traumára is pozitívan visszaható segítő-segített kapcsolat nem tud létrejönni, amelyben a nő saját igényei felismerésre, kimondásra és elismerésre kerülnének és megvalósulhatna az egyébként mindkét fél számára vágyott cél a komplikációmentes szülés. /A szülést támogató kapcsolatról „A szülés mint esély c.” fejezetben írok./

31 Németh Margittal készített interjúk: A gyermekekkel szembeni szexuális visszaélésekről, Család – Gyermek – Ifjúság könyvek, 2002

32 Kitzinger, S. (2008): A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis? Budapest, Alternatal 80.o.

33 Ferenczi Sándor (1971): Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között. In: Buda Béla (szerk.): Pszichoanalízis és modern irányzatai. Budapest, Gondolat, 215–226. o.

## 2. Hatalom a biztonságérzet szolgálatába állítva

Az orvosi szerepből fakadó tekintélyt, tudatosan a nő biztonságérzetének, kompetenciájának szolgálatába is lehet állítani. Íme egy pozitív példa arra, amikor a szülészorvos pozíciójából eredő többlet hatalommal élve megerősíti az anya autonómiáját és biztonságérzetét, így a komplikációk ellenére sem válik traumatikussá szülése.

*„Az altatóorvos felrakta a műtéti ponyvát, pedig megkértem ne tegye. Az egyikőjük határozott hangon azt mondta, hogy erre biztonsági okokból szükség van a fertőzésveszély miatt. De dr. Z azt mondta higgadtan és kedvesem, hogy „nem, nem ezt már megbeszéltem a pácienssel, nem lesz ponyva!” Minden további vita nélkül elrakták. Boldog voltam, egy kisebb csodának élttem meg, hogy úgy alakult, hogy dr. Z lesz a sebész és aki először fogja majd kézbe venni gyerekeket. Biztonságban éreztem magunkat. Láttam, ahogy megvágják, a babát kiemelik a hasamból, és egyenesen a mellkasomra helyezik. Boldogság és szeretet áradt végig a testemben. Végig együtt maradtunk és csak annyi időre adtam át a babát, amíg az ágyamban átszállítottak. Utána egyből megkaptam és szoptatni kezdtem.”<sup>34</sup>*

## 3. Hatalommal visszaélés - szülészeti erőszak

### a) Szülészeti erőszak fogalma:

Talán hazánkban még kevésbé ismert foglom, a *szülészeti erőszak* kifejezés, mely alatt azokat az eseteket értjük, amikor maga a hatalmi pozícióból történő, erősen irányított szülésvezetés, a nő tudta nélkül vagy akarata ellenére végzett beavatkozások, és a nővel szemben tanúsított tiszteletlen, durva bánásmód lesz az abúzus.<sup>35</sup>

Ezeknek a visszaéléseknek minden nő ki van téve azokban az intézményekben, ahol a megélt tapasztalataira nem építenek, visszajelzéseiket minőségbiztosítási céllal nem kérik, és a fent írt viselkedéseknek semmiféle következménye nincs, sem elkövetésükkor, sem utólagosan.

A korábban bántalmazást megélt nők múltjukból fakadóan érzékenyítve vannak az erőszak durvább és finomabb megnyilvánulásaira, ezért is írja Kitzinger, hogy valójában az ő „extra” igényeik figyelembevétele, jelenthetné a garanciát minden nő erőszakmentes szüléstámogatására.

34 Nicky Leap and Billie Hunter: Supporting Women for Labour and Birth, ROUTLEDGE 2016. New York 186. o.

35 [http://holdudvar.babahaz.hu/GaraiMixi\\_Szuleszeti\\_eroszak.pdf](http://holdudvar.babahaz.hu/GaraiMixi_Szuleszeti_eroszak.pdf)

„A szexuális erőszakot megélt nők szülésélményei világítják meg a legjobban az intézményesült egészségügyi ellátás dinamikáját és a gondozást adó és kapó személyek közötti hatalmi egyenlőtlenséget. A szexuálisan bántalmazott nők tapasztalatai kicsiben szimbolizálják minden nő tapasztalatát, akit lealacsonyítanak és akivel rosszul bánnak várandóssága és szülése alatt. Ha a szülést személyes odafordulás és tisztelet nélkül vezetik, ha az irányítás durva és intenzív az már önmagában felér egy szexuális erőszak hatásaival.”<sup>36</sup> /Kitzinger S./

b) A szülészeti erőszak és a szexuális erőszak közös jellemzői

Szülészeti erőszakot átélt nők gyakran használják a „megerőszakoltak” kifejezést. Ennek oka, hogy mindkét esetben olyan hatalmi visszaélésekről van szó, ami érinti intim testrészüket, vagy elkövetésükkor meztelenek elszenvedői.<sup>37</sup>

Közös vonások lehetnek még:

Az áldozat testével kapcsolatos döntéseket rajta kívülállók hozzák, kiszolgáltatottság, szeméremérzetének megsértése, testi határok megsértése engedély nélkül, tárgyiasítás, hüvelyi behatolás, fájdalomokozás a szeméremtesten, áldozat/szülő nő akaratának megtörése kényszerítéssel, manipulálással, szabad mozgás akadályozása, lefogás, kikötözés, az áldozat fájdalma, szükségletei iránti közönyösség, rettegés, tehetetlenség, menekülésképtelenség és az az érzés, hogy életveszélyben van.<sup>38</sup> (lásd III. mellékletben) Következményeit tekintve: mindkét esetben PTSD tünetek jelentkezhetnek, elkerülő magatartások közül a szexuális élet zavarai gyakoriak. (Bass, 2008; Beck 2015)<sup>39</sup>

c) Gyakori bánásmód az anyai történetek alapján szülészeten:

- tiszteletlenség, személytelenség,
- alá-fölé rendeltség érzékeltetése,
- igények figyelmen kívül hagyása,
- nő kárára viccelődés,
- érzéseinek bagatellizálása,
- tájékoztatás elmulasztása,

36 Kitzinger, S.: A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis? Budapest, Alternatal, 2008. 45.o.-47. o., 98.o.

37 Noll Andrea Nandu (2010): Vajúdástámogatás mindenkinek, Jaffa Kiadó, Budapest 163.o.

38 <http://www.emmaegyesulet.hu/amit-a-feministaknak-a-szules-kozben-atelt-nemi-eroszakrol-tudniuk-kell/>

39 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5342633/#section4-2333393615575313title>

- engedély, hozzájárulás kérés elmulasztása a beavatkozásokhoz, testhatárainak megsértése az engedély megtagadás ellenére
- érzéketlenség az okozott fájdalommal szemben
- információ visszatartása, ami segítene megérteni mi zajlik vele, körülötte,
- utasíthatás,
- rosszindulat,
- elhanyagolás,
- idegen emberek jövés-menése.

d) Néhány példa a Másállapotot a szülészetben mozgalom által összegyűjtött történetekből:<sup>40</sup>

*„Átjáróház volt a testem: durva vizsgálatok, lekezelő mondatok követték egymást. Az ügyeletes orvos, a kifejezett kérésem ellenére vizsgált meg úgy, hogy a karját a körmömmelel téptem, hogy hagyja abba, mert fáj. Azt mondta ne szórakozzak, ő az ügyeletes, neki ez a dolga és a felelőssége. „Á, ebből nem lesz normális szülés, ez császár lesz” mondta és legyintett rám. Sírtam. Úgy éreztem magam, mint egy húscafat a futószalagon. Csak a gond volt velem. Mert nem feleltem meg a protokollnak. Úgy éreztem megerősakolnak minket, kierősakolják belőlem a gyerekeimet. Pedig nem erre készültem. Nagyon nem. Üres tekintettel bámultam a plafont, és megadtam magam az események sodrásának. Lelkileg, testileg összetörve, porig alázva. A császár előtt, a műtőben szóltak, hogy ne szimuláljak fájásokat és ne hazudjak, hogy fáj. És különben se ugráljak, mert nem tudják megszűrni a gerincemet. Miközben az érzéstelenítés zajlott az egyik műtős hölgy a fejem fölött beszélgetett egy másik hölgygel, hogy „Nem igaz, hogy ennek is most kell szülni, nem láttam a kedvenc műsoromat a múltkor és most van az ismétlése. Nem látom most se, bassza meg.” Kikötöztek, elkezdtek a műtétet. Fogalmam sem volt, hogy mi fog történni, előtte semmiről nem tájékoztattak csak elem nyomtak egy papírt, hogy írjam alá. Rosszul voltam. Szóltam, hogy hányingerem van. „Hányjon” volt a válasz. Hanyatt fekve, kikötözve, mindenféle műszerrel a testemen, segítség nélkül nem volt könnyű oldalra fordulni, hogy ne a saját arcomba hányjak. Az ügyeletes orvos végig*

40 [https://www.facebook.com/pg/masallapotot/photos/?tab=album&album\\_id=1742922429260632](https://www.facebook.com/pg/masallapotot/photos/?tab=album&album_id=1742922429260632)

*a kikötözött kezemen „hasalt”, a zsidbadástól már nem éreztem. Mikor szoltam, rám ordított, hogy az ablakból nem tud műteni...”<sup>41</sup>*

Nem tudható, hogy a szülő nőnek volt - e korábban abúzus élménye, de a fent írt bánásmód önmagában bántalmazó, traumatizáló, szembe megy minden etikai elvárással, ami a segítő szakmában, és úgy általánosságban az emberek egymás közötti kommunikációjában elvárható. Sérti a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexét, és a betegjogokat.<sup>42</sup>

Egyre több figyelem fordul ezeknek a traumás szülésélményeknek a vizsgálatára, azok hosszú távú hatásának kutatására.<sup>43</sup> Beck 2015-ös tanulmánya összegzi azokat a közös jellemzőket, melyek traumatikus szüléseknél előfordulnak. Ezek a: rideg, elhanyagoló ellátás, emberi méltóságának semmibe vétele, ijesztő kontrollvesztés, lekezelő, elutasító kommunikáció, magára hagyottság szülés alatt, és a szülés utáni PTSD tünetei.<sup>44</sup>

*„Szülés előtt 4 nappal megnézték, mennyire vagyok nyitva, hátha meg tudnák indítani a vérnyomásom miatt. 6 férfi orvos és 4 női nővér nézte végig, közben megjegyzéseket tettek, hogy ne sziszegjek már, nem fájhat az anyyira. A vizsgáló orvosnak hatalmas kezei voltak, és megpróbálta kézzel kinyitni a teljesen zárt méhszájamat. Sírva, az egy másik kismama segítségével tudtam csak visszamenni a szobámba, mert anyyira fáj a vizsgálat után, hogy menni is alig tudtam.”<sup>45</sup>*

Ennél az egy vizsgálatnál egyszerre volt jelen a személyes kapcsolat hiánya miatti tárgyiasítás, tiszteletlen, nem egyenrangú félként kezelő bánásmód, alá-fölé rendeltségi

41 <https://www.facebook.com/masallapotot/photos/a.1742922429260632.1073741831.1576832335869643/1926326497586890/?type=3&theater>

42 Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe - Hatályos: 2012 jan. 1.- II.1.3. Az orvosi hivatás általános etikai követelményei:

(2) Szükséges, hogy az orvos a beteggel és munkatársaival együttműködve betartsa azokat az íratlan szabályokat is, amelyek az emberi kapcsolatokban fontosak. Kerülni kell a másokat lekezelő magatartást. Az udvariasság, a kulturált viselkedés, a környezetre előnyösen ható határozott és megnyugtató fellépés, az empátia, az orvos-beteg és az orvos-orvos kapcsolatokban az egyenjogúság, a kollegialitás, a munkatársi szolidaritás alapvető követelmény.

(4) Az orvos nem élhet vissza betege kiszolgáltatott helyzetével, nem sértheti emberi méltóságát, figyelembe kell vennie szemérem és szégyénérzetét. Még kilátástalannak tűnő esetben is vigaszt kell nyújtania erőt adva betegének. Feltétlenül el kell kerülni a beteg tárgyiasulását, amelynek következtében esetét, a kutatás tárgyává, vagy sorszámmá válhat.

[https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700154.TV](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV)

43 [http://openaccess.city.ac.uk/5036/5/Chapter\\_final\\_version\\_\(1\).pdf](http://openaccess.city.ac.uk/5036/5/Chapter_final_version_(1).pdf)

44 Cheryl Tatano Beck - Middle Range Theory of Traumatic Childbirth, 2015

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5342633/#section4-2333393615575313title>

45 <https://www.facebook.com/masallapotot/photos/a.1742922429260632.1073741831.1576832335869643/1748469168705958/?type=3&theater>

viszony megnyilvánulása, szeméremérzet indokolatlan megsértése, fájdalmának eltagadása, bagatellizálása, érzelmi támogatás elmulasztása, testét érintő döntésből kizárás, a testhatárának engedély nélküli, indokolatlan és durva megsértése a tágitással, hatalmi pozícióból fájdalomkózos intím testrészében.

Míndezt a vizsgálat elszenvedője így értékeli:

*„Az erőszakos méhszájtágítás hatását a mai napig „élvezem”. A házias életünk csak valami csoda folytán, és a férjem megértése miatt nincsen romokban, mert a mai napig annyira fáj minden érintés odalent, hogy aktus közben vissza kell tartanom a könnyeimet. A mai napig elkap a sírás, ha a kórházban történteke gondolok.*

*Néha rémálmaim is vannak, amikor újraélek mindent álmomban. Eredetileg 2 gyereket szeretünk volna. De ha rá gondolok arra, hogy nekem újra szülnöm kell, elkap a pánik, a félelem, és a sírás... és az az érzés, hogy én ezt a megalázást soha nem szeretném újra átélni.”*

Traumás válaszreakciók, mint emléketörés, elárasztó érzések, rettegés, testi tünetek, a fájdalom újraélése, és ezek mentén kialakult elkerülő magatartás, beszűkülés figyelhető meg írása alapján, amik a szülés utáni posztraumás stressz szindróma tünetei. <sup>46</sup> Az elszenvedett és feldolgozatlan szülési trauma, hosszútávon megfosztja a kielégítő szexuális élettől és a tervezett későbbi gyerekvállalástól is. <sup>47</sup>

#### **4. Strukturális erőszak – kontextus, amiben a szülészeti erőszak megtörténik**

A szülészeten tapasztalható visszaéléseket európai szinten vizsgáló COST (European Cooperation of Science and Technology) IS1405 Szülészeti Erőszak Munkacsoportjának állásfoglalása a következőkre hívta fel a figyelmet a jelenséggel kapcsolatban. A bánásmódról és szülészeti erőszakról szóló vita jelenlegi formájában jellemzően az egészségügyi szakemberek és a nők közötti interakcióra szorítkozik, miközben nem fordít elegendő figyelmet a probléma rendszerszintű vonatkozásaira. Véleményük szerint, olyan párbeszédre van szükség, amely a strukturális erőszak fogalmára épít, ahelyett, hogy kizárólag áldozatokról (nők) és elkövetőkről (egészségügyi dolgozók) beszélne. Fontos lenne megvizsgálni a nők és férfiak közötti szocializációs folyamatokat, az erőviszonyokat, az egészségügyi képzésben és gyakorlatban rejtve megjelenő tananyagot, amelyben

46 D. Bailham & S. Joseph Psychology, Health & Medicine, Vol.8, No.2, 2003 Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice 159.o.-168.o. <http://www.tabs.org.nz/pdfdocs/159-168.pdf>

47 Cheryl Tatano Beck - Middle Range Theory of Traumatic Childbirth, 2015

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5342633/#section4-2333393615575313title>

normaként jelenik meg a fegyelmezés és büntetés, illetve az ellátás érzelmi dimenziójának elhanyagolása, elégtelen munkakörülményeket és a másodlagos traumatizációt, melytől maguk a szakemberek is szenvedhetnek. <sup>48</sup>

#### **V. Szülés során felmerülő triggerek túlélőknél**

A szülés körül felmerülő triggereket két csoportra oszthatjuk aszerint, hogy magához a szüléshez, mint folyamathoz kapcsolódnak, vagy inkább a medikalizált, általában technokrata szülésvezetési stílushoz. <sup>49</sup>

**1. Belső, a folyamathoz kapcsolódó triggernek** nevezi Simkin, amit a szülés spontán, kontrollálhatatlan, előre meg nem jósolható üteme, az intenzív testérzetek és az okozhat, hogy ugyanazok a testrészeket érintettek, melyek az abúzus során is sérültek.

A kontrakciók, melyek megállíthatatlanul végigsöpörnek a nő testén, az erős fájdalom, feszítő érzés a hüvelyben kettős jelentéssel bírhat a túlélő számára, ugyanazt a tehetetlenséget, csapdába esettséget élheti át, mint gyerekkorában. Szédülés, hányinger, módosult tudatállapot, elesettség érzés, testnedvek és vér, mind olyan lehetséges velejárója a szülésnek, amik belobbanthatják az eredeti traumát, rettegéssel töltve el a szülő nőt. Bizonyos testhelyzetek, a széttárt lábak félmeztelen állapotban könnyen okozhatnak emlékbetörést, és idézik fel a szexuális erőszak megalázó élményét.

#### Belső triggerek kezelése érdekében érdemes a nőnek

- már várandósága előtt feltérképezni félelmeit és azok személyes jelentését, melyek múltjához tapadnak egy erre alkalmas terapeutával.
- fontolóra venni, hogy még szülés előtt beavatja-e leendő orvosát, szülésznőjét az abúzus tényébe, lehetőséget adva arra, hogy bizalmasabbá váljon kapcsolatuk és átbeszéljék az ebből fakadó nehézségeket. Amennyiben úgy dönt, nem szeretné felfedni történetét, ettől függetlenül is fontos, hogy érezze, komolyan veszik kéréseit és reagálnak a szükségletire.
- tudatosítani, hogyan szokott reagálni stresszre, fájdalomra, melyet később szülésorvosával, bábájával, szülésznőjével a szülési terv átbeszélésénél megoszthat, anélkül, hogy történetét feltétlenül fel kéne tárnia, kereshetnek közös megoldásokat, jó gyakorlatokat.

48 <http://www.emmaegyesulet.hu/a-cost-is1405-szuleszeti-eroszak-munkacsoportjanak-az-allasfoglalasa/>

49 Simkin, P. and Phyllis Klaus (2004): When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on Childbearing Women 71.o-79.o-

• tudatosítani, hogyan áll az érintéssel, mik/melyek azok, amiket kifejezetten rosszul visel, hol, hogy szereti vagy nem szereti, ha hozzáérnek. Simkin és Kitzinger alapesetben az érintésmentes szüléskísérést javasolja, felhívva a szaksegítség figyelmét arra, hogy sosem szabad általánosítani, mert egyéni eltérések itt is lehetnek, ezért mindig a szülő nő valósága a meghatározó.

Ezeket az információkat, szintén a szülési terv átbeszélése kapcsán érdemes lehet megosztani szüléskísérőjével és kérni, mit szeretne, és mi az, amit mindenképpen kerülne. Túlélőkkel folytatott beszélgetéseim során megerősítést nyert, hogy az érintésmentes szüléskísérés a szülés egy bizonyos szakaszában adekvát támogatásnak tűnt számukra, ugyanakkor több nőnek is volt olyan megélése, hogy a kitolási szakaszba lépve igényelték, mint a szeretet kifejezését a női szüléskísérő részéről.

*„ Nem tudtam megszülni, amíg át nem ölelt a bábám, amíg nem éreztem, hogy szeretnek. ”*  
*/Bettina 4 gyermekes anyja/*

• végiggondolnia, rendelkezik-e nemi preferenciával, mielőtt felkéri szüléséhez kísérőit. Sok nőnek okoz nehézséget férfi orvos előtt megnyílnia, különösen akkor, ha a szexuális visszaélés elkövetője is férfi volt. Önmagában a női orvos, szülésznő vagy bába sem lesz garancia a pozitív szülésélményre, hiszen az esetleges kontrolláló attitűdje és segítő pozíciója miatt - különösen kórházi körülmények között- a nő számára ő is olyan tekintélyszemély lehet, akire rávetülhet korábbi elkövetőjével szembeni indulatai, ambivalens érzései. Vannak esetek, amikor mégis jó döntés előre kizárni férfit a gondozásból.

Egy túlélő anya így ír erről:

*„Képtelen lettem volna férfi előtt szülni, megalázó lett volna. Úgy éreztem volna a legszentebb dolgot is bemocskolja azzal, hogy szülés közben piszkál, turkál bennem, és parancsolgat. Ez az én nagy napom! Nem akartam, hogy ezt is elvegyék tőlem. Fel voltam készülve, hogy lehetnek konfliktusaim a női alkalmazottakkal is, de az egészen máshova megy, nem azt a sebet tépi fel, nem érinti a nőiségemet!”*

Előfordulhat ugyanakkor, hogy női kísérők esetleges érzéketlensége, férfi orvos beavatkozása melletti asszisztálása, előhívja a túlélőben anyja iránt érzett mély csalódását, fájalmát. A gyerekkori abúzus túlélőknél gyakran fordul elő, hogy az anya, nem tud, vagy nem akar tudni arról mi történik, és ezt súlyos árulásként éli meg a gyermek. Még nyilvánvalóbb az árulás, mikor a gyerek segítségkérését utasítja el, mondván „csak



kitalálta” vagy ő „provokálta ki” a közeledést. Nem meglepő, ezek után, hogy a szülésnél tapasztalt empátiahiányt, az állapotával szembeni ridegséget nagyon bántónak és elutasítónak élheti meg a nő.<sup>50</sup>

„Nem értettem, hogy képes mindehhez szó nélkül asszisztálni. Teljesen elárulva éreztem magamat. Ridegsége jobban fáj, mint a doki megalázó viselkedése. ” - vallja egy túlélő, fájdalmas vizsgálata után.

- átgondolnia, melyek lehetnek azok a testhelyzetek, amik emlékeztethetik az abúzusra, és emiatt kerülni szeretne. Gyakran a kórházakban a hanyatt fektetett testhelyzetet ajánlják, amik a mozgásképtelenség, legyőzöttség és kontrollvesztettség érzetét kelthetik a szülő nőben, de előfordulhat, hogy épp a négykézláb vajúdás lesz az, ami traumás emlékeket hív elő.

Egy túlélő arról számolt be, nem bírja elviselni, ha a háta mögé kerülnek, megakasztja nála a folyamatot, ezért többedik szülésénél kifejezetten kerülte ennek lehetőségét.

- tudatosítania, melyek azok a mondatok, melyek szokványosak lehetnek nőgyógyászati vizsgálatok alkalmával, mégis neki egészen más jelentéssel bírnak, mivel gyerekként teljesen más kontextusban hangzottak el az elkövetőtől. Ilyen lehet például: *Tegye fel a lábait és lazítsa el magát!, Mindjárt végzek!, Bizzon bennem!, Tegye szét a lábait! Minél inkább ellazítja magát, annál gyorsabban végzek!* Megkérheti leendő segítőit, kerüljék ezeket a kifejezéseket!

- megtanulnia relaxációs technikát, melyet külső segítség nélkül is bármikor tud alkalmazni, erősítve ezzel önmaga állapota feletti kontroll érzetet (biztonságos hely vizualizáció, autogén tréning, légzéstechnika stb.)

- szülést megelőzően valamilyen testtudatosságot célzó foglalkozáson rutint szerezni testi érzeteinek felismerésében, arra való ráhangolódásban, ezzel is növelve bizalmát testében és annak egészséges működésében, erősítve az öngondoskodás képességét és csökkentve a disszociálás előfordulását.

- saját technikát kidolgozni, felismerni mi segít neki a jelenbe, és testébe való visszatérésben, disszociálás esetén. / pl. illat, szavak, zene, érintés / Hasznos lehet legalább egy emberrel, aki vele lesz a szülésnél is megosztani, megkérni, hogy segítsen a kivitelezésben, ha szükségessé válna.

- kialakítani olyan segítő kapcsolatot szüléskísérővel, dúlával, akivel nyíltan tud kommunikálni érzéseiről, és aki biztosítja számára a folyamatos és személyre szabott

50 Kitzinger, S. (2008): A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis? Budapest, Alternatal.81. o.

gondoskodás lehetőségét egész várandósága alatt.<sup>51</sup> Erre a személyes odafigyelésre, a futószalagon teljesítő egészségügyi rendszerben, jelenleg, leginkább a kórházon kívüli asszonytársi segítők alkalmasak.

- a szülés beavatkozásmentes, természetes folyamatát megismerni. Az információk ismerete csökkenti a félelmet az ismeretlentől, és növeli a nő kontrollérzetét, mivel tudja, mi zajlik a testében, milyen szakaszokon halad át szülés közben.

**2.Külső triggererek** Azok a körülmények, szokások és viszonyulások, amik a szülés medikalizációjából, kórházi keretek közé szorításából fakadhatnak. Ilyenek lehetnek az anya szeparálása hozzátartozóitól, támogatóitól, személyes öltözkétől megfosztás, idegenek jövése-menése vajúdas alatt, intim szféra ignorálása, vizsgálatok, műszerekkel monitorozás, kikötözés, infúzió, katéter, tű, a nő mozgásának, pozícióválasztásának a személyzet általi kontrollálása, szükségletei, evés, ivás, ürítés feletti kontroll átvétele stb..

A dolgozat keretei és fókusza nem teszi lehetővé, hogy a szülésszakmai kérdéseket körbejárjam, ezért csak megjelölöm azokat a forrásokat melyek alapján az alábbi eljárásokat elavultnak, és a nők szempontjából eleve kritikusként gondolok.<sup>52</sup>

Az olyan meghaladott gyakorlatok, mint a :

- borotválás,
- nyomós indok nélkül oxitocinnal, burokrepesztéssel indított, gyorsított szülések,
- a szülés folyamatának kísérése, megfigyelése helyett alkalmazott gyakori és fájdalmas hüvelyi vizsgálatok, kézzel tágítás,
- szabad mozgás korlátozása,
  - kötelezővé tett hanyatt fektetett szülési pozíció, mely kizárólag a szülésvezetők kényelmét szolgálja,
  - kengyelbe kikötözött lábak,

51 dúla (doula) görög eredetű szó, jelentése: szolga. Asszonytársi segítő, aki saját és más asszonyok szülésénél szerzett tapasztalatait folytán a vajúdo nőnek és családjának testi-lelki támaszt nyújt a várandósság, szülés és a gyermekágy idős szakában. Gaskin, Ina May : Útmutató szüléshez Jaffa, Budapest 2009 186. o.

52 WHO 1987-ben fogalmazta meg ajánlását a szülés alatt alkalmazott eljárásokra vonatkozóan, három kategóriába sorolva őket. A nyilvánvalóan káros, kétes és támogatandó eljárásokra osztályozva azokat. Ezek az ajánlások a mai napig nem épültek be hazánkban általános jelleggel a kórházi ellátásba, maradéktalan megvalósulásuk jelenleg csak az otthoni szülés praxisokban lehetséges.

<https://hu.wikipedia.org/wiki/Sz%C3%BC1%C3%A9s>

[http://www.motherfriendly.org/Resources/Documents/CIMS\\_Evidence\\_Basis.pdf](http://www.motherfriendly.org/Resources/Documents/CIMS_Evidence_Basis.pdf) – „ Evidence based ” Anyabarát ellátás.

- rutinszerűen alkalmazott hasnyomás,
- indokolatlan gátmetszés,
- a szülő nő lefogása, mind a szülő nő kontrollját vonják meg, miközben fájdalmat vagy kellemetlen érzéseket okoznak a nőnek, növelve így az elsődleges vagy másodlagos traumatizáció esélyét.

*„Közölte, hogy akkor most borotválás és beöntés, újra küzdöttem, hogy én megtagadom sírtam, hogy ne csinálja. A borotválástól eltekintett, mert úgy ítélte meg, hogy nincs rá szükség, de a beöntést megkaptam (szinte "tisztá" víz távozott belőlem). Nagyon mérges voltam és nagyon megalázónak éreztem a helyzetet! Zokogtam, hogy mi lesz még itt, és hol van az a 2 ember akiben bízok és akikre számíthatok.” /Másállapotot a szülészetben oldalról/ <sup>53</sup>*

Bár az egyes szülészeti beavatkozások nem mindig kerülhetőek el, az egyénre szabott, megfelelő indikációval történő alkalmazásuk segítséget jelenthetnek az elakadt szülési folyamat haladásában. Biztonságérzet megalapozása szempontjából azonban nem túl szerencsés a hazai gyakorlat, miszerint az intézmények, kórházanként teljesen eltérő, az ellátásba kerülők által hozzáférhetetlen, egyéni szempontokat ritkán toleráló beavatkozási gyakorlatokkal dolgoznak. <sup>54</sup>

### **3. A bánásmód kiemelkedő szerepe szülés során**

Ennyi kiszámíthatatlanság közepette, ami egyrészt a szülés természetéből, másrészt az itthoni medikalizált modell hullámzó színvonalú szakmaiságából és megismerhetetlenségéből fakad, a bánásmódnak kiemelkedő szerepe van.

A bánásmód lesz az a faktor, ami a szülés körül segítő szakemberek részéről tudatosan megválasztható, ami meghatározza a szülő nővel a kapcsolat milyenségét, hogy az biztonságos, támogató, szeretettel, vagy fenyegető, elhanyagoló, elnyomó, ez színezi, keretezi az átélt eseményeket és hosszútávon az emlékeket pozitív vagy negatív irányba dönti. <sup>55</sup>

<sup>53</sup><https://www.facebook.com/masallapotot/photos/a.1742922429260632.1073741831.1576832335869643/2001205176765688/?type=3&theater>

<sup>54</sup> Kizárólag közérdekű adatkikéréssel volt megszerezhető a máshol sehol fel nem lelhető, egyes kórházakra jellemző szokások: <http://zsebinet.hu/szuleszetek>

<sup>55</sup> Cheryl Tatano Beck - Middle Range Theory of Traumatic Childbirth, 2015

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5342633/#section4-2333393615575313title>

Ellen Hodnett 2002-es tanulmányában, ahol a szülésélménnyel való elégedettséget és az azt alakító tényezőket vizsgálta a következő megállapításra jutott.<sup>56</sup>

Sem a fájdalom, sem annak csökkentése vagy a szülés alatti orvosi beavatkozások nincsenek olyan nyilvánvaló, közvetlen és erőteljes hatással az utólagos elégedettségre, mint az ellátást nyújtók viselkedése és attitűdje.

Simkin vizsgálata szerint a nők saját szülésről szóló emlékei általában évekkel később is pontosak. Míg a negatív eseményeknek tulajdonított jelentőség az idő múlásával erősödni látszik, addig a pozitív vonatkozások a legtöbb esetben következetesen pozitívak maradnak.”<sup>57</sup>

## VI. Szülés, mint esély

### 1. A szülés hatása a szexuális visszaélés feldolgozására

Dolgozatom első felében sok szó esett a traumatizáló, lelkiileg megterhelő szülésélményekről, ezért az alábbiakban szeretném bemutatni azokat a szempontokat, viszonyulásokat is amik elősegíthetik a gyógyító szülésélmény megtörténését.

A szexuális traumát átéltek esetében a szülés, a trauma feldolgozását három irányba mozdíthatja el:

1. negatív, amikor a szülésélmény az eredeti traumát triggereli és annak hatásait feléleszti-újratraumatizál.
2. semleges, amikor nem történik sem előrehaladás a gyógyulásban, sem újabb sérülés.
3. pozitív, amikor a szülés és az ott tapasztaltak elősegítik a nő visszakapcsolódását, testéhez, érzéseihez, megéli kompetenciáját, növekszik saját magába, testébe és az emberekbe vetett bizalma.<sup>58</sup>

Egy túlélő így ír erről:

*„Valódi ünnep volt - egy győzelem – mind afölött amin korábban keresztülmentem. A legfelszabadítóbb az újonnan megtalált képességem, hogy benne tudtam maradni a testembe, átéltem az érzéseimet, és lépésről lépésre haladtam előre a folyamatban.”*<sup>59</sup>

56 Nicky Leap and Billie Hunter: Supporting Women for Labour and Birth, ROUTLEDGE 2016. New York 25. o.

57 Penny Simkin: Just another day in woman's life? II. rész, Birth, 1992; 64. o. -81. o

58 Simkin, P. and Phyllis Klaus: When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on Childbearing Women, 2004 124. old.

59 Simkin, P. and Phyllis Klaus: When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on Childbearing Women, 2004 71. o.

## 2. Szüléskísérés, mint segítő hivatás

A szüléskísérés segítő szakma, függetlenül attól, hogy a szüléskísérő ennek a felelősségnek tudatában van vagy sem. Egy olyan ember mellett áll, aki éppen élete egyik fontos fejlődési krízisét éli át, különösen igaz ez első szülő nőkre. Caplan szerint a krízis olyan állapot, mely akkor következik be, ha „a személy fontos életcéljai megvalósítása közben akadályokba ütközik, amelyeket a problémamegoldás szokásos módjaival egy ideig nem tud leküzdeni.”<sup>60</sup>

Azok a pszichés készségek, pszichoszociális erők, amik a korai trauma következtében megsérültek, vagy ki sem alakultak elszenvedőjénél csak személyes kapcsolatokban, új kötődések kialakításával fejleszthetők.<sup>61</sup> Továbbá traumatulélók terápiájának egyik alapvetése, hogy gyógyulás csak a túlélő belső megerősítésén és kontrolljának helyreállításán, visszaadásán keresztül következhet be.<sup>62</sup> Így esetükben különösen igaz Carl R. Rogers megállapítása, amit a személyközpontú terápia leírása során tett, miszerint maga a kapcsolat az, - annak milyensége, minősége - ami gyógyít.<sup>63</sup>

## 3. A terápiás kapcsolat jellemzői Rogersnél<sup>64</sup>:

Tapasztalata szerint a következő jellemzőkkel bír a kliens fejlődését elősegítő kapcsolat: a kliens érzéseit, valóságát, elfogadó, tiszteletteljes, birtoklástól, irányítási vágytól mentes. A segítő aktívan saját személyiségével van jelen a kapcsolatban, empatikus figyelem, tanácsadás helyett a megértésre törekvés, és non-direktivitás jellemzi. Képes a klienst saját életében kompetens, belső fejlődésre alkalmas, életrevaló személynek látni, ily módon Buber szavait használva hitelesíteni. Ezek azok az attitűdök, amik személyessé teszik együttműködésüket és a kliens nem tárgyiasul terapeutája előtt annak távolságtartása által. Érzékeli, hogy a hozzá forduló hogyan éli meg őt és a kapcsolatukat, mert a változás sikeressége a köztük megszülető bizalom, biztonságérzet és szeretet függvénye.

Hasonló megállapításokat tett Ferenczi már 1932-ben a XII. nemzetközi pszichoanalitikus kongresszuson: A „hivatásbeli képmutatás”, távolságtartás a terápiás szituációban megismétli azt a gyerekkori helyzetet, ami megbetegítőleg hatott. Megfigyelése szerint a kliensek csak a valódi szimpátiára reagálnak, és ez a jelenben megélt bizalmi légkör lesz az

60 Pável Magda: Életesemények lelki zavarai I. Párbeszéd Dialógus Alapítvány, Budapest, 2008 149. old.

61 Erikson, E. H. (1985): Az emberi fejlődés nyolc szakasza. In: Szakács F. – Kulcsár Zs. (szerk.): Személyiséglélektani szöveggyűjtemény. II. Elméleti irányzatok. Budapest, Tankönyvkiadó, 160–175. o.

62 Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó (2003) – NANE Egyesület, Budapest

63 H. Faber, E. van der Schoot (2003): A segítő beszélgetés Semmelweis Egyetem TF. 87.o.

64 Carl R. Rogers (2004): Valakivé válni Edge 2000 Kft., Budapest 75.o.-96.o.

ami a kora gyerekkori tapasztalattal kontrasztban áll, és ami lehetővé teszi a traumatikus emlékek gondolati síkon történő megjelenését, feldolgozását az újrajátszás helyett.<sup>65</sup>

A segítői attitűd kiemelkedő jelentőségét kutatásokkal is igazolták, melyben a terapeuta elfogadó viszonyulásának legkisebb mértékű negatív változását fiziológiai szinten is megjelenő veszélyként élték meg a kliensek. Erős fenyegetettség érzés kiváltásához elegendő volt a terapeuta ítélező, értékítéletet megfogalmazó szóhasználata.

A teljes elfogadás biztonságáról, és annak szerepéről a változásban így ír Rogers:

*„... amennyiben képes vagyok őt minden külső veszélytől teljesen megszabadítani, akkor - és csak akkor - kezdhet el a belső érzéseivel, konfliktusaival foglalkozni.”<sup>66</sup>*

Mindezeket interpretálva a szülő nő helyzetére, láthatjuk, milyen nehéz helyzetbe kerül az a nő, akinek, támogató közege nem nyújt valódi támogatást és attitűdjével elégedetlenséget közvetít, szavak szintjén is becsmérlő, kritizáló, teljesítményét leértékelő. Ilyenkor a nő szervezete veszélyeztetettség üzemmódra kapcsol, védekező mechanizmusokat mozgósít, elterelve fókuszát a benne zajló folyamatokról.

#### 4. Félelem hatása a szülésre

A szülés egy hormonok által meghatározott folyamat, mely akkor működik a legkevesebb komplikációval, ha a nő biztonságban érzi magát, hiszen a biztonságérzet állapotában termelődnek a hatékony összehúzóerőket rendszerező, szülést előmozdító hormonok. (pl. oxytocin) A „küzdj vagy menekülj” móddal szemben ezt a „nyugalom és összetartozás” (*calm and connection*) névvel illetjük.

A félelem érzés -függetlenül attól, hogy valós vagy vélt veszély miatt alakul ki, netán a korábbi szexuális abúzus miatti triggerelt állapotból fakad - a „fight or flight” hormonális stresszmintát aktiválja, csökkentve az oxytocin termelést és a szülési folyamatot előre vivő összehúzóerők hatékonyságát.

Ezért a szülő nő biztonságérzetének megteremtése, félelmeinek eloszlatása kulcsfontosságú a szülés zavartalan, fölösleges beavatkozásoktól mentes lefolyása szempontjából.<sup>67</sup>

65 Ferenczi Sándor (1971): Nyelvzavar a felnőttek és a gyermek között. In: Buda Béla (szerk.): Pszichoanalízis és modern irányzatai. Budapest, Gondolat, 215–226. o.

66 Rogers, Carl R. (2004): Valakivé válni Edge 2000 Kft., Budapest

67 Buckley, S. (2005c) *Pain in labour: Your hormones are your helpers*. <http://www.sarah-buckley.com/articles/labour-hormones.htm>

Varga, K. (2009). Szexualitás, szülés, kötődés: Az oxytocin pszichoemotív hatásai. In E. Bagdy, Z. Demetrovics & J. Pilling (Eds.), *Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából* (pp. 447-474). Budapest: Akadémiai Kiadó

Egy anya nagyon pontosan fogalmazza meg, mi lett volna számára valódi segítség szülése alatt: „*Nulla problémával, zavartalan terhességgel vajúdásom és szülésem ideje alatt összesen annyi orvosi beavatkozást végeztek rajtam, mint amennyit egész addigi életem során összesen nem kaptam. Az egykori természetes szüléspárti kórházban minden volt, amit csak be lehet vetni: volt ott infúzió beültetett kanüllel, három (!) vérvétel, gyakori méhszájvizsgálat ami után minden alkalommal vérezve másztam le a vizsgálóról, kétperces fájásoknál beöntés és katéter, vágás (megkérdezésem vagy velem való egyeztetés nélkül), varrás, injekció. Hogy a hasamra órákig kötözött bébimonitort már ne is említsem. Mindezek mellett ember legyen a talpán, aki még koncentrálni is tud a babára és a vajúdás folyamatára. Elcsendesedés, befelé figyelés, koncentráció? Felejtsd el, épp most nyomtak fel két liter vizet a fenekedbe! Hozzáteszem, csak azért úsztam meg ennyire "természetesen" a szülésemet, mert végig védtem magam és tiltakoztam, visszautasítottam a gyorsítást, próbáltam hinni magamban és a saját tempómban haladtam. Fontos lett volna, ha valaki felfogja, a szülés lelki folyamat is. Kellett volna egy támasz, egy olyan segítő, bocsánat, nagybetűvel SEGÍTŐ, aki BIZTAT ahelyett hogy elvenné az erőmet, aki ÖNBIZALMAT AD, ahelyett, hogy lerombolná azt, aki TÁMOGAT, ahelyett, hogy vegyszereket akarna saját kényelmére belém tölteni és aki TÁJÉKOZTAT, ahelyett hogy a kollégájára biccentve vágna a húsomba a megkérdezésem nélkül. Én ellenálltam, a babám pedig a saját tempójában tudott megszületni. Szerencsém volt, mert a szülés mellett volt még erőm küzdeni az orvosokkal. De biztos, hogy egy szülő nőnek ez a dolga?<sup>68</sup>*

##### **5. Kontroll és biztonságérzet a félelem ellenszere**

A kontrollvesztés a túlélők abúzusához kapcsolódó alapélménye, önbizalmuk és a világ biztonságosságába vetett hitük sérült a bántalmazás következtében. Éppen ezért, túlélőkkel folytatott terápiás kapcsolatban széles körben elismert alapelv, hogy a kezelés elsődleges célja, a traumatizált személy kontrolljának helyreállítása, és a tudatos szembeszállás az alárendeltség berögzült dinamikájával.<sup>69</sup>

A túlélő, kontrollja gyakorlása közben újra megélheti a biztonságot, az alkalmasságérzetet, és az autonómiát, mindez pozitívan hat önértékelésére.

Az alá – fölérendeltség destruktív dinamikája, sokszor épp a jó szándék vezérelte túlzott segítséssel, megmenteni akarással valósul meg. Az ilyen segítő kimondatlanul is azt

68

<https://www.facebook.com/masallapotot/photos/a.1742922429260632.1073741831.1576832335869643/1750258018527073/?type=3&theater>

69 Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó (2003) – NANE Egyesület, Budapest 164.o.

sugallja, hogy a másik személy tehetetlen, inkompetens, gyengítve ezzel az autonómiáját, melynek következtében felerősödnek traumás tünetei.<sup>70</sup> Ahhoz, hogy gyógyító szülésélményben lehessen része a nőnek, a fent írt elvet követve érdemes kísérőként a kontrollját támogatni, aktív figyelemmel jelen lenni, a nő igényei által vezetve.

#### Szülő nő kontrollját erősíti, ha ő dönt :

- kikkel szeretne szülni, és hozzátartozói közül kik lehetnek jelen. Ne fosszák meg szereteteitől és csökkentsék biztonságérzetét azzal, hogy csak egy főre korlátozzák támogatói számát.
- arról, hogy hol, kórházban vagy otthon szeretne szülni. Egy legális otthonaszülésből kórházi befejezésre bekerülve se kelljen a személyzet büntető viselkedésétől tartani.<sup>71</sup>
- szabadon a mozgásáról. Amennyiben lehetséges ne legyen monitorokhoz, ágyhoz „kötözve”, mivel a mozgás az erő, a szabadság, és nem utolsósorban a „menekülési képességet” jelentheti a túlélőnek.
- testét érintő kérdésekben, ki érhet hozzá és milyen módon, minden egyes testkontaktus előtt. Hüvelyi vizsgálatnál fontos, hogy megvárják, a nő jelezzen, ő nyissa a lábait, ne az orvos, szülésznő feszítse szét. Előre megbeszéltek szavak használata, amellyel jelezhet és megállíthatja a vizsgálatot.<sup>72</sup>
- beavatkozásokról, amik nem az életveszély elhárítását szolgálják, presszió és fenyegetés mentesen utasíthatja el azokat.
- fájdalomcsillapítás módjáról,
- saját tempójáról, amíg nincs egészségügyi kockázata, lehessen lassan szülni. Kitolásnál saját ütemben nyomni a diktálás helyett.
- kitolási pozíciója szabad megválasztásáról, a hanyatt fektetés helyett, amely tipikusan egy kiszolgáltatottságot szimbolizáló, áldozati testhelyzet, .<sup>73</sup>
- hogyan szeretne, milyen körülmények között, fényben, sötétben, hangosan vajúdva stb. szülni. Érezze, az ő igényeihez igazodik az ellátás, és nem fordítva.

70 Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó (2003) – NANE Egyesület, Budapest 174. o.

71 Vincze Felícia, Lippienné Krémer Ibolya: Az intézeteken kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban, Orvosi Hetilap: 2016 157. évfolyam, 11. szám 415.o. – 423. o.

72 <http://www.feministmidwife.com/2016/04/04/feminist-midwife-scripts-painful-cervical-exams-during-labor/#.Wfzxx3C1vVP>

73 Varga K. – Suhai-Hodász G. (2000). Szülés és születés. Lélektanon innen és túl. Pólya, Budapest 2002



- babájáról, önkényesen ne vigye el tőle a személyzet, a szülés műtéti befejezése esetén se. A gyermekéről való rendelkezés mélyen érinti az anyai kompetenciát, és a szülés utáni kiszolgáltatott helyzetben a megfosztottság miatti tehetetlenség fájdalmas nyomokat hagy .

A szükséges vizsgálatok, elkerülhetetlen beavatkozások, vagy műtétes befejezésnél is lehet alkalmazni, olyan apró elemeket, amik a nővel éreztetik, nincsen teljesen megfosztva a mozgásától, önrendelkezésétől, és tisztelik igényeit.

pl.: Császármetszésnél egyik kezét nem rögzítik, láthatja a műtétet, vagy ha igényli valaki meséli neki mi történik éppen, a gyereket szülés után egyből mellkasára helyezik, hüvelyvizsgálatoknál engedélyt kérnek, és megvárják, míg azt a nő valóban megadja a behatoláshoz.<sup>74</sup>

## 6. Két példa, ahol az anya irányít

*„Az orvosom a szülésznőmnek annyit mondott, hogy ha nem jön le a baba fél óra múlva akkor császárra készülünk. Erre annyit mondtam, hogy én ezt így akarom végig csinálni. Fel akarok állni. Talán itt szállt el az utolsó kis félelem is belőlem. Végre álltam és a fájdalmat összehasonlíthatatlanul könnyebb volt elviselni. Megdicsért a doki, hogy állok és ült velem szemben a férjemmel. Csönd volt és vártak türelmesen. Egy pillanatra el is aludtam állva. Amikor odalépett mellém a szülésznőm, én a vállára borultam és súgtam neki: Érzem, hogy lejött.”<sup>75</sup>*

### Példa a kontroll megtartására beavatkozás mellett:

*„Idő előtti burokrepedésem volt, de nem jöttek fájások, így az orvosommal megbeszéltük, hogy több mint egy napos várakozás után oxytocint kapok. Addigra már volt elég időm elfogadni és feldolgozni, hogy ez a szülés most nem úgy alakult, ahogy én szerettem volna, és már nem féltem az infúziótól, és vártam, hogy továbblendítsen a következő szakaszba. Túlélőként rengeteget jelentett számomra, hogy bár indított szülesem volt; - és ilyenkor a kórházi gyakorlat előírja a folyamatos ctg monitor használatát, ami rendszeresen együtt*

74 Nicky Leap and Billie Hunter: Supporting Women for Labour and Birth, ROUTLEDGE 2016. New York 180.o.-185.o.

75

<https://www.facebook.com/masallapotot/photos/a.1742922429260632.1073741831.1576832335869643/1989480747938131/?type=3&theater>

*szokott járni a szülő nő ágyba kényszerítésével az egész vajúdási folyamat alatt - én mégis amennyire a drótok lehetővé tették, a fájások monitorozása mellett szabadon megválaszthattam a testhelyzetemet. Hol az ágy mellett guggoltam, hol előre dőltem és a szülőágyba kapaszkodtam, míg a férjem masszírozta a csípőmet, hol pedig állva vajúdtam. Így nem éreztem magamat kikötözve és kiszolgáltatottnak. Hagytam, hogy a testem vezesse a mozdulataimat. Bár még csöpögött belém az infúzió mégis meg tudtuk oldani, hogy saját lábom menjek ki pisilni. Vannak kórházak, ahol ilyenkor az a bevett szokás, hogy katétereznek. Számomra az az erőszakkal lett volna egyenértékű, behaltam volna."*

*/Júlia 34 éves anya, túlélő, első gyermeke kórházi szülésénél születéséről/*

## **VII. Nondirektív támogatás**

### **1. Direktív és nondirektív kommunikáció**

A segítő-segített kapcsolat bizonyos hatalmi eltolódással jár, és kizárólag a terapeuta felelőssége, hogy a pozíciójából, tudásából fakadó többlethatalmat a páciens érdekében és szolgálatára használja, és függőségben tartás helyett, autonómiáját erősítse.<sup>76</sup>

A kliens döntéseinek elfogadása, saját életében kompetens személyként kezelése, és a kapcsolatban valós érzelmekkel, kongruens személyként jelen lenni felbecsülhetetlen terápiás értékkel bír.<sup>77</sup> A segítő viszonyulása a kommunikációban is tükröződik, mennyire él vagy nem él vissza helyzetével. Míg előbbire a direktivitás, utóbbira a nondirektivitás lesz jellemző.

- Direktív kommunikáció, az információ átadás, magyarázat, tanácsadás, utasítás, amik azt az üzenetet közvetítik, hogy az információt átadó a téma szakértője, mindez a hatalmi eltolódást erősíti adó és kapó fél között. Nyilvánvalóan van helye várandós gondozás, szülés alatt a megfelelő információ átadásnak, ilyenkor a stílus, a hangsúly és a szóhasználat kiemelt jelentőséggel bír a köztük levő hatalmi dinamika szempontjából. A kioktató, kompetenciáját megkérdőjelező, vagy nyíltan utasító kommunikáció semmiképpen sem hatékony a biztonságos légkörre és együttműködésre nézve.<sup>78</sup>

76 Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó (2003) – NANE Egyesület, Budapest 163.o-167.o.

77 Rogers, Carl R. (2004): Valakivé válni Edge 2000 Kft., Budapest

78 <http://www.feministmidwife.com/category/birth/#.Wf0q03C1vVM>

- A nondirektív kommunikáció elősegíti a mellérendelt viszonyulást segítő és segített között, bátorítja a másik felet érzései, nehézségei feltárásában, erősíti a kliens kompetenciaérzetét saját problémái megoldásában. Magába foglalja:

- aktív figyelem
- elfogadó attitűd
- tükrözés
- átkeretezés
- összegzés
- tisztázás
- én üzenetek használatával visszajelzés

## 2. Szülés közben

Példa arra, amikor maga a jelenlét nondirektív, türelmes, elfogadó, képessé tevő, nem beavatkozó. Szüléskísérőknek talán ez az egyik legnehezebb kihívás, a nem cselekvés művészetét elsajátítani, a másik ember belső erőforrásába vetett hitet fenntartani, miközben a nő fájdalmakkal vagy lelki megpróbáltatásokkal küzd.

*„Nehéz, lassú szülésem volt a második, és nem erre számítottam. Nehezen tudtam elfogadni, hogy nem megy úgy, ahogy azt én szeretném. Volt egy pont amikor felmerült a szülés gyorsításának a szükségessége, amit én nagyon nem szerettem volna. Nem akartam a kórházba menni, idegenek közé. Két szakképzett bába volt velem az otthonomban. Nem sűrgettek, csak vártak. Az egyikükön éreztem, hogy elhiszi rólam, hogy meg tudom szülni. Ha Ő akkor nincs, ha nincs ott legalább egy ember, aki hisz bennem és a bennem rejlő erőben, nem ment volna. Erre vártam, hogy valaki higgye el, hogy képes vagyok rá, és ne akarjon megmenteni, ne sajnáljon, csak legyen velem!”*

*(Júlia 34 éves anyja, második gyermeke otthonaszülésénél)*

## 3. Problémamegoldás nondirektív módon

Simkin szerint az empátia és aktív hallgatás készségei különösen jó szolgálatot tesznek, ha a szülő nő erős érzelmekkel, meggyőződéssel küzd, vagy szeretné elképzeléseit, fenntartásait, problémáját megosztani a másik féllel. Abúzus túlélőknél gyakran fordul elő, hogy személyes történetüket nem merik felvállalni orvosuk, szülésznőjük előtt, de szeretnék megosztani félelmeiket reménykedve abban, hogy olyan megnyugtató válaszokat kapnak, amivel helyreállíthatják biztonságérzetüket.

Ilyenkor az ellátást nyújtó - anélkül, hogy tudnia kéne aggodalmaik, nehéz érzéseik forrásáról - az aktív figyelem és non-direktív kommunikáció technikájával hozzásegítheti a várandóst a kreatív problémamegoldás win-win tapasztalatához.

Ez a következő lépésekből állhat<sup>79</sup>

- probléma, aggodalmak beazonosítása a nő elmondása alapján
- a befogadó fél az aktív figyelem segítségével megérti az érzést, szükségletet, ami mögötte van. Túlélő esetében a triggernek azt a jelentését, amit az adott szituáció, vagy körülmény megtestesít számára.

Közösen:

- újradefiniálják a problémát
- brainstorming keretén belül begyűjtik a lehetséges megoldásokat
- valóságpróba alá vetik a lehetséges ötleteket
- kiválasztják a megfelelő megoldást
- megtervezik a megvalósulását

Példa egy sikeres problémamegoldásra: A genderpreferenciával rendelkező várandós nő - bár ezt maga számára sem fogalmazta meg konkrétan - aggodalmát fejezi ki, azzal kapcsolatban, hogy kórházba érkezésekor az ügyeletes orvost nem választhatja meg, és csak saját orvosának hajlandó megengedni a vizsgálatot. A kórház protokollja azonban nem teszi lehetővé, illetve maga az orvos sem szeretne fölöslegesen, szakmai visszajelzés nélkül szüléshez érkezni, ezért szükséges lenne beérkezéskor a hüvelyi vizsgálat elvégzése.

*Nő: Nem, egyszerűen nem vagyok hajlandó mindenféle idegennel megvizsgáltatni magamat. Pont ezért választottam önt saját orvosnak. Nem lehet valahogy ezt kikerülni? Szülész: Úgy látom mélyen érinti és félelemmel tölti el, hogy ismeretlen helyzetben találja magát és idegen ember végezne vizsgálatot. Szeretné minden áron elkerülni. Nő: Igen nagyon, mert félek, hogy nem tudom milyen bánásmódra számítsak, ki lesz ott, hogy élem meg, milyen állapotba kerülök majd ettől. És pont amikor meg kéne nyugodnom és magamra és a babára fókuszálnom.*

*Szülész: Attól tart, hogy feldúlt állapotba kerül a vizsgálat miatt és ez kihatással lehet a szülésére is. / A probléma meghatározása /*

*Nő: Igen, úgy érzem nem tudnám elviselni, ha velem abban az állapotban valaki mogorva, goromba vagy atyáskodó lenne.*

79 Simkin, P. and Phyllis Klaus (2004): When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on Childbearing Women 161. o.

*Szülész: Szeretne kedves fogadtatásban, támogatásban részesülni ha megérkezik a nagy napon.*

*Nő: Pontosán és nem tudom elképzelni, hogy ezek a férfiorvosok tudnak figyelmesek és támogatóak lenni. / A mögöttes jelentés beazonosítása, férfiorvos trigger számára, nem tud bennük bízni, fél, hogy pánikreakciót vált ki a szituáció. /*

*Sz: Egy nőben jobban meg tudna bízni, esetleg egy szülésznőnek meg is engedné a vizsgálatot.*

*Nő: Igen, lehet, ezt elképzelhetőnek tartom...*

Ettől a ponttól kezdve, már továbbléphetnek a lehetséges megoldások megtalálására, kiválasztására és a kivitelezés megtervezésére.

#### **4. Tájékozott döntés jelentősége**

A nondirektív viszonyulás - a felelősséget át nem vállaló, másik embert saját életében kompetens személyként elismerő hozzáállás – szülés során a nőt érintő döntések meghozatalánál is szükségszerű lenne a pozitív szülésélményhez. A szüléssel kapcsolatos utólagos elégedettség vizsgálatánál megállapították a pozitív értékelés egyik fontos összetevője a bánásmód mellett, hogy az anya részt vehetett-e a döntésekben.<sup>80</sup> A szaksegítségnek döntési szituációkban pusztán a lehetséges alternatívák ismertetése lenne a feladata. Sajnálatos módon az anyai történetek arról árulkodnak, hogy a jelenlegi kórházi gyakorlatra egyáltalán nem jellemző, az anya autonóm felnőttként és valóban a döntés letéteményeseként történő elismerése. Legjobb esetben is az informált beleegyezését, jóváhagyását kéri valódi alternatíva felajánlása nélkül. Ezzel csupán annyi a probléma, hogy az a kérdés, amire nem lehet nemet mondani, vagy nincsen alternatívája, végeredményben mégiscsak egy kényszer, akármilyen kedvesen is hangzik el.<sup>81</sup>

Abúzus túlélőknek múltjukból adódóan nagyon is ismerős lehet, hogy valami olyanra szeretnék rávenni őket hatalmi pozícióból, amit valójában ők nem szeretnének, amitől félnek, vagy fájdalommal jár, és mindezt erőszakkal, fenyegetéssel vagy éppen hízélgéssel, kedvesen teszik.

Az informált döntés lehetőséget adhatna a felelősség megosztására az ellátást nyújtó és kapó fél között, növelve ezzel a szülő nő elégedettségét, biztonságérzetét kontrollja megtartása következtében, és nem utolsósorban a másik félről is levesz olyan terheket, ami a száz százalékos felelősségátvállalással jár.

<sup>80</sup> Nicky Leap and Billie Hunter: Supporting Women for Labour and Birth, ROUTLEDGE 2016. New York  
<sup>81</sup> Noll Andrea Nandu (2010): Vajúdástámogatás mindenkinek, Jaffa Kiadó, Budapest

## 5. Mentálhigiénés orvosszerep és kapcsolat előnyeiről

Hantos Ágnes így ír erről:

„Képletesen le kellett vennem a „fehér köpenyt”, ha azt akartam, hogy szövetségként, barátként forduljanak hozzám. Ez a segítő jellegű orvos szerep azonban azt is jelenti, hogy nincs rajtam varázsköpeny, amely képessé tette a csodatételre. Minden kapcsolatban meg kell találni a felelősség megosztásának azt az egyensúlyát ami megadja a szükséges biztonságérzetet a gyógyulni vágyó számára, de nem ringatja hamis illúzióban sem. A betegség alakulásáért viselt felelősség megosztása nem csak teher a beteg ember számára, hanem lehetőség is. Nem áll védtelenül kiszolgáltatva a sorsnak, az orvostudomány ismeretlen hatású bűvös tablettáinak és véges tudású közvetítőinek, ha ráérez saját szellemének, akaratának, önmagára irányuló figyelmének gyógyító erejére. Aktív részesévé válik a testében zajló folyamatok befolyásolásának, erősödik hite szervezetének szívósságában, öngyógyító erejében.”<sup>82</sup>

Az informált döntés szemléletmódbeli váltást feltételezne az egészségügyi dolgozók részéről; egyrészt a beteg-páciens tengelyről elmozdulást a rogersi személy-személy terápia irányába<sup>83</sup>, másrészt a bábai szülésfelfogás és eszköztár elsajátítását, ami a szülés alatt felmerülő nehéz helyzetekre sokkal szélesebb palettából válogat, így valódi alternatívákat kínálhatna a szülő nők számára. Amíg a medikalizált, paternalista szemlélet uralkodik rendszer szinten a várandós gondozás, szülés területén is, nagyon nehéz helyzetbe kerülnek azok a jobbitani akaró, jó szándékú szakemberek, akik maguk is szeretnék egy másfajta szemléletű, humánusabb ellátást, és kapcsolatot kialakítani klienseikkel. Ez az ellentmondásos helyzet hosszú távon a kiégés, illetve a másodlagos traumatizáció esélyét nagymértékben növeli esetükben.<sup>84</sup>

## 6. A tájékozott döntés kivitelezése

Segítséget nyújthat a BRAN-analízis,<sup>85</sup> mely a következő lépésekből áll:

- Választási lehetőségek- szer, eljárás, beavatkozás, vizsgálat..stb.- feltérképezése, azok előnyeinek meghatározása.
- A lehetőségek hátrányainak, kockázatainak meghatározása

82 Hantos Ágnes in: TANAKODÓ (2003) Interdiszciplináris szakkönyvtár 2. A mentálhigiéné elmélete, a mentálhigiénés képzés, mentálhigiéné az emberek szolgálatában. Párbeszéd(Dialógus) Budapest, 232.o.

83 H. Faber, E. van der Schoot (2003): A segítő beszélgetés Semmelweis Egyetem TF. Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest 87.o.

84 Szülés körül dolgozók másodlagos traumatizációja:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5342633/#section4-2333393615575313title>

85 Wickham Sara(2002) What is right for me, making decisions in pregnancy and birth. UK.AIMS

- Adott lehetőségek alternatívái-medikális, nem medikális módszerek számbavétele.
- Annak végiggondolása, mi történik, ha még nem cselekszünk, és egy későbbi időpontot jelölünk meg a helyzet újraértékelésére?

#### **7. Nondirektív támogatás nyújtása vészhelyzet elhárítása mellett**

Előfordulhatnak vészhelyzetek, amikor a nondirektivitásnak nincs helye vagy nem célravezető. Szerencsére, ezek jóval ritkábbak, mint amennyi beavatkozást végeznek el a kórházakban kérdés nélkül nőknél, erre hivatkozva, illetve utólag igazolva a történeteket. Sajnos a képzés és a kórházi rutin, - amely általában arra szocializálja az ott dolgozókat, hogy beavatkozás nélkül nem halad a szülés - abba az irányba tolja a szaksegítségét, hogy egy állandó vészhelyzet elhárításaként tekintsen saját feladatára.<sup>86</sup>

A medikalizált és bábai modell alapvető különbsége mutatkozik meg abban is, hogy az anyát körülvevő személyzet mit tart feltétlen beavatkozást igénylő helyzetnek, vagy non direktív módon kísérhető folyamatnak. Az utóbbi szemlélet jóval nagyobb teret enged a szülések sokféleségének és a türelemmel, figyelemmel, alternatív fájdalomcsillapítással, pozícióváltoztatással biztonsággaal kezelhető szituációknak.<sup>87</sup> (Nandu, 2010; Gaskin, 2009, 2011)

Ha mégis olyan helyzet állna elő, ami azonnali cselekvést kíván, és emiatt nem lehet alkalmazni az informált döntés technikáját, még mindig ott a tiszteletteljes bánásmód, mint eszköz, ami a nehéz helyzet megélését, hosszú távú kihatását alakítja. A szülő nő informálására ilyenkor is kell, hogy legyen idő, legalább annyi, hogy tájékoztatják, éppen mi, vagy mi fog vele történni, és miért. Ez növeli a biztonságérzetét és bizalmát a személyzetben, és kevésbé valószínű, hogy az esemény traumaként vésődik emlékezetébe. Sokat jelent, ha van valaki aki mintegy segítőként a szülő nő mellé áll, aktív figyelemmel érzelmi támogatást nyújt, tanúként jelen van, fenntartja a kapcsolatot vele, és ha kell ellátja információval. ( Leap& Hunter 2016, Nandu 2010)

Ez a kapcsolódás segítheti megélni az érzéseit, disszociálás helyett benne maradni a testében, és feloldani tehetetlenségét, hogy személytelen tárgyként „matatnak”, „szerelnek” a testén, miközben a babája vagy ő maga életveszélyben van. Ha a kórházi személyzetnek

86 Varga K. – Suhai-Hodász G. (2000). Szülés és születés. Lélektanon innen és túl. Pólya, Budapest 2002 86.o.-107.o.

87 Gaskin, Ina May (2011) Spirituális bábáság Alternatal, Budapest 320.o., Gaskin, Ina May (2009): Útmutató szüléshez Jaffa Kiadó, Budapest, 107.o. Noll Andrea Nandu (2010): Vajúdástámogtás mindenkinek, Jaffa Kiadó, Budapest 283. o.

nincs erre kapacitása, fontos lenne, hogy támogassák, és ne akadályozzák, hogy az arra alkalmas jelenlevő hozzátartozó vagy dúla megadhatta ezt a nőnek.<sup>88</sup>

*Sherry története: Sherry a szülési tervében azt kérte a hüvelyi vizsgálatokkal kapcsolatban, hogy azt a szülésznők végezzék és lehetőleg férfi ne érjen hozzá vajúadás alatt. További kérése volt, hogy szülés alatt a fény ne világítson meg erősen a szemérem testét, illetve ha vákumos befejezés válna szükségessé, azt feltétlenül vele egyeztessék először. Ha úgy alakulna, hogy császármetszésre kerülne sor az volt a kérése, hogy a férje lehessen vele a végig a műtét alatt. Sherry szülés élménye az elvárásainak megfelelően alakult. A szülését így írja le: „Abszolút csodálatos volt! Egyszer sem lőttem ki magamat (disszociáltam) egyszer ugyan elkezdtem, de aztán azt mondtam magamnak, hogy maradj és Dan megszorította a kezemet. Az ápolónő felajánlotta az epidurális érzéstelenítést, de nem éltem a lehetőséggel. Nem volt gátmetszés és repedésem se.*

*Nem volt vér, így elég tiszta maradtam.” Szüléséről Sherry a későbbiekben is olyan emlékeket őriz, amikor úgy*

*érezhette, hogy meghallgatják és törődnek vele. Az előlött érzett öröm és a szülés megerősítő élménye a későbbiekben is vele maradt.<sup>89</sup>*

## **8. Terápiás szüléskísérés**

Rogers szerint azok az attitűdök, amik a személyiségfejlődést előidéző pszichoterápiás kapcsolathoz szükségesek, ugyanúgy vonatkoznak minden emberi kapcsolatra, amiben fejlődni lehet. Mint bármelyik segítő kapcsolatról, a szüléskísérésről és várandós gondozásról is elmondható, hogy a másik ember - adott esetben a szülő nő fejlődését, zavartalanabb működését, személyiségében rejlő értékeinek hatékonyabb funkcionálását szolgálja, és ennek hozadékeként egy problémamentes várandósságot és komplikációmentes szülés lefolyását segítheti elő.<sup>90</sup>

A fentiekből következik, hogy az ott leírt alapelvek és attitűdök szülés során alkalmazott tudatos, vagy spontán megvalósulása, hogyan teszik lehetővé az abúzus túlélő alaptraumáját gyógyító folyamatok beindítását. Úgy élhet át egy normatív krízist, hogy az addigi maladaptív megküzdési stratégiák helyett újakat mozgósít, berögzült mintázatok, alá-fölrendeltség, bizalmatlanság, elszigetelődés helyett a szeretetteljes támogatást,

88 Nicky Leap and Billie Hunter: Supporting Women for Labour and Birth, ROUTLEDGE 2016. 167. o.

89 Simkin, P. and Phyllis Klaus (2004): When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on Childbearing Women 416.o.

90 Rogers, Carl R. (2004): Valakivé válni Edge 2000 Kft., Budapest 69.o.-71.o.



mellérendelt együttműködést és tiszteletteljes bánásmódot tapasztal, hogy a környezet azt tükrözi vissza, hisz benne, autonómiáját elismeri, saját elakadásában kompetens személynek látja, érzéseit validnak és szükségleteit kielégítésre alkalmasnak tartja.

Ilyenkor a szülő nő abban a fellazult, módosult tudatállapotban, egy olyan újfajta működésmódot/viszonyulást tud élményszinten elraktározni, amihez később a hétköznapi élet során vissza lehet nyúlni. És ezért annyira fájdalmas és különösen szomorú, mikor egy túlélőt az események és környezete érzéketlensége, figyelmetlensége újratraumatizál, mert ilyenkor megerősítődik a túlélőben múltjából hozott mély meggyőződése önmaga rosszságába, alkalmatlanságába, értéktelenségbe vetett hite, reményvesztettsége, hogy kiszolgáltatott helyzetében nincs kire számítani, úgysem jön segítség és az élet újra bizonyította, hogy teste-lelke bántást érdemel.

## VIII. Záró gondolatok

A Nil nocere !- ne árts alapelvének megfelelően, abúzus túlélők szüléskísérésénél a minimum elvárás, hogy ne okozzon újabb traumát a szülő nőnek. Ez a cél, amint a dolgozatomban is vázoltam a szakirodalom feldolgozásával, leginkább a kórházi szülésnél jelen levők szemléletbeli és attitűdbeli változásával biztosítható. Nem elvárható, és gyakran nem is történik meg, hogy az, aki szexuális erőszak áldozata volt, beszéljen múltjáról szüléskísérőjével. Ezért véleményem szerint nem az a kérdés, hogyan lehet az abúzus túlélőket kiszűrni és speciális gondoskodásban részesíteni, míg a jelen ellátási gyakorlatot változatlanul fenntartani a többi szülő nőnek, hanem az, hogyan lesz a tiszteletteljes, és egyénre szabott bánásmód, partneri kommunikáció, az önrendelkezés elismerése, informált döntéshozás támogatása, a várandós gondozás, szüléskísérés alatt és után, mindenki számára elérhető. A traumatikus szülésekről írt beszámolók nagy száma azt mutatja, előremutató lenne, rendszer szinten beépíteni olyan fékeket, visszajelző és kontroll funkciókat, amik a fizikai és verbális visszaéléseket meggátolják, illetve esetleges megtörténtük esetén következményeket kapcsolnak hozzá, védve ezzel minden nő érdekét. Mindehhez kívánatos lenne a szülészeti erőszak jelenségének rendszerszintű, átfogó vizsgálata, mely feltárná milyen tényezők teszik lehetővé, hogy a hatalommal való visszaélés, tiszteletlen bánásmód megengedhető, és milyen szocializációs folyamatok illetve tényezők azok, amik meggátolják ezeknek az eseteknek a jelentését, illetve a partnerségre törekvő, a szülés természetes folyamatában bízó, újítani vágyó szakemberek szakmai elismerését, tényeresét. A bábai szemléletű anyabarát szülészeti ellátás bevezetése olyan evidenciákon alapuló jógyakorlatokat tartalmaz, amelynek megvalósulása radikálisan átrajzolhatná hazánkban uralkodó képet a szülésről, csökkenthetné a traumatikus szülés esélyét és nem utolsó sorban biztosítaná az anya és babája számára - az egészségügyi szempontból is nagy jelentőséggel bíró - szeparációmentességet, és a korszerű szoptatástámogatást.<sup>91</sup> A szülészeti gyakorlatok elmaradottságát mutatja, hogy a WHO 1985-ben megfogalmazott normál szülésre vonatkozó ajánlásai a mai napig nem teljesültek, nem született még döntéshozói akarat arra vonatkozóan, hogy az evidencia alapú ellátás megvalósítását tűzné ki céljául és egységes irányelvbe foglalná az elérhető tudást.

91 Evidencia alapú protokollok: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>

A szülés utáni depresszió mára már közismert fogalom, a posztpartum PTSD felismerése, kezelése azonban még nem épült be a klinikai gyakorlatba. Gyakran marad kezeletlenül, vagy tévesen depresszióként félrediagnosticszálva, így a megfelelő terápia nélkül komoly károkat okozva a nő önértékelésében, életvitelében, anya-gyerek és párkapcsolatában.<sup>92</sup> (Ayers, 2012; Bailham 2003; Beck, 2015; Molnár 2015)

Az elmozdulás egy mentálhigiénés szemléletű szülészet irányába, feltételezné a dolgozók érzékenyítő képzéseken való részvételét, a kiégésprevenციót, és a másodlagos traumatizáció szűrésének és kezelésének lehetőségét. Nők igényeit figyelembe véve, szükséges lenne a születésházak ismételt bevezetése, ami köztes megoldást nyújtana azoknak, akik nem tudnak azonosulni a kórházban szülés gondolatával, de az otthoni szülést sem érzik magukénak.

Az Egyesült Királyságban 2015-ben nyitotta meg kapuit St. Bartholomew's Hospital speciális osztálya, amely kifejezetten szexuális traumát átélt nők várandós gondozását, szüléskísérését vállalja, érzékenyen reagálva az egyedi esetekre és igényekre.<sup>93</sup> A traumafókuszú szülészet működtetése azzal a haszonnal járhat túlélők számára, hogy olyan nők ellátására szakosodnak, akik kifejezetten szeretnék alaptraumájukkal dolgozni szülésfelkészülésük alatt, és az ehhez szükséges biztonságos közeget, a szülés lelki oldalát és az abúzus okozta potenciális nehézségeket ismerő-megfelelően képzett szakszemélyzet garantálja.

Saját feladatomat és lehetőségeimet, a megszerzett mentálhigiénés többlettudás felhasználását leginkább abban látom, hogy különböző fórumokon felhívjam a figyelmet a szülésélmény kiemelkedő szerepére, és azokra a szempontokra amik a szülést traumatikussá vagy éppen ellenkezőleg, megerősítő gyógyító tapasztalattá tehetik. Munkám során szeretnék abúzus túlélőknek felületet biztosítani szüléssel kapcsolatos félelmeik kimondásához, feldolgozásához, továbbá szülés körül segítő szakemberek számára érzékenyítő beszélgetéseket szervezni, ahol közösen tudunk gondolkodni a szexuális trauma hatásairól, gyógyító kapcsolat és szülésélmény lehetőségeiről.

92 Molnár Judit (2015): Posztpartum posztraumás stressz szindróma, in: Kuritárné Szabó Ildikó, Tijlár-Szabó Eszter (szerk.) :Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna - A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia, 204 o.- 216 o., Oriold és Társai Kiadó, Budapest  
-D. Bailham & S.Joseph Psychology, Health & Medicine, Vol.8, No.2, 2003 Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice 159.o.-168.o.  
-Cheryl Tatano Beck - Middle Range Theory of Traumatic Childbirth, 2015  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5342633/#section4-2333393615575313title>  
93 <http://www.mybodybackproject.com/our-maternity-clinics/>

## Szabó T. Anna : Szülőszoba

Előbb csak fáj, de tűrhető,  
kezelhető... De egyre nő,  
árad, túlcsap a tudaton,  
mindent átható hatalom,  
a nőből farkas lesz, tutul,  
ökle a vaságyra szorul,  
már homlokig a vízben áll,  
már segítségért kiabál,  
víz alól hangtalan sikoítva,  
mintha utolsó perce volna –  
de most a fájás, mint a hullám,  
átbukik, önmagába hullván,  
és messze fut, ki tudja, merre.  
A szünet lélegzetnyi kegyelme.

Jó, hogy nem vagyok egyedül.  
Támogatnak, segítenek.  
Felitatják a véremet,  
simogatják a kezemet.  
Fekete hullámok között  
korty levegőért kapkodok.  
Még nem, még nem segíthetek.  
Csak tarthatok, nem tolhatok.  
Mint egy rémült hajótörött  
testem hánykódó tutaján:  
a síkos deszkára tapad  
a gyermekem. A kisbabám.

A fájdalom nem testi már.  
Mint földtani teknőt, kiváj.  
Mozgás: helyhez nem köthető.  
Tombozó elemi erő.

Löki, döngeti ajtaját  
a levegős, tág külvilágnak:  
egy gyermek teljes erejéből  
ellenszegül a pusztulásnak.  
Átcsúszik majd a tű fokán  
nagy feje, csontos tömege.  
Ha átjutott, csak fekszik ott:  
rémületében zárva még  
az ökle, a szeme.

## IX. Irodalomjegyzék

### Felhasznált weboldalak

- <http://muszajmunkacsoport.hu/tudastar/mit-nevezunk-gyerekkori-szexualis-abuzusnak/statisztikak>
- [http://nane.hu/wp-content/uploads/2016/03/0408\\_keret\\_kiadv%C3%A1lly\\_web.pdf](http://nane.hu/wp-content/uploads/2016/03/0408_keret_kiadv%C3%A1lly_web.pdf)
- [https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1200100.TV](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200100.TV)
- [http://eszteralapitvany.hu/wp-content/uploads/2015/04/Pszichol%C3%B3gus\\_TAMOP\\_k%C3%A9rik%C3%B6nyv\\_v%C3%A9g%C5%91.pdf](http://eszteralapitvany.hu/wp-content/uploads/2015/04/Pszichol%C3%B3gus_TAMOP_k%C3%A9rik%C3%B6nyv_v%C3%A9g%C5%91.pdf)
- [http://cordelia.hu/documents/Hardi\\_PSTD\\_review.pdf](http://cordelia.hu/documents/Hardi_PSTD_review.pdf)
- <http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/files/2012/06/Nagy-Be%C3%A1ta-DSM.pdf>
- <http://www.ogyei.hu/upload/files/A%20gyermekbantalmas.pdf>
- <http://akademiai.com/doi/pdf/10.1556/650.2016.30364>
- <http://www.tabs.org.nz/pdffdocs/159-168.pdf>
- [http://holdudvar.babahaz.hu/GaraiMixi\\_Szuleszeti\\_eroszak.pdf](http://holdudvar.babahaz.hu/GaraiMixi_Szuleszeti_eroszak.pdf)
- [https://www.facebook.com/pg/masallapotot/photos/?tab=album&album\\_id=1742922429260632](https://www.facebook.com/pg/masallapotot/photos/?tab=album&album_id=1742922429260632)
- <http://www.sarahj-buckley.com/articles/labour-hormones.htm>
- <http://www.emmaegyesulet.hu/tag/szuleszeti-eroszak/>
- <http://www.emmaegyesulet.hu/amit-a-feministaknak-a-szules-kozben-atelt-nemi-eroszakrol-tudniuk-keell/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5342633/#section4-2333393615575313title>
- [http://www.jogc.com/article/S0849-5831\(16\)31535-X/pdf](http://www.jogc.com/article/S0849-5831(16)31535-X/pdf)
- <http://scholarworks.smith.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2096&context=theses>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/20528868/?i=3&from=%2F19747265%2Frelated>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4232343/>
- <https://www.nice.org.uk/guidance/qs>
- <http://www.feministmidwife.com/2016/04/04/feminist-midwife-scripts-painful-cervical-exams-during-labor/#.Wfzxx3C1vVP>
- <http://zsebinet.hu/szuleszetek>
- <http://www.motherfriendly.org/mfci>

<http://www.mybodybackproject.com/>

[http://openaccess.city.ac.uk/5036/5/Chapter\\_final\\_version\\_\(1\).pdf](http://openaccess.city.ac.uk/5036/5/Chapter_final_version_(1).pdf)

### Felhasznált irodalom

- Ayers, S. & Ford, E. (2012). PTSD following childbirth. In: C. R. Martin (Ed.), Perinatal mental health: a clinical guide. 155o. -164.o
- Caplan, G.: Principles of preventive psychiatry; Basic Book New York, 1964.
- dr. Herczog Mária – dr. Kovács Zsuzsanna 1.sz Módszertani levél, A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése és kezelése, 2004 Budapest, MAVÉ
- Bass, E., Davis, L.: The Courage to Heal: A Guide for Women Survivors of Child Sexual Abuse, HARPER, New York, 2008
- D. Bailham & S.Joseph Psychology, Health & Medicine, Vol.8, No.2, 2003 Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice 159.o.-168.o.
- Davis – Floyd, Robbie: Birth as an American Rite of Passage. University of California Press Berkeley, Los Angeles, London 1992, 2003
- Erikson, E. H. (1985): Az emberi fejlődés nyolc szakasza. In: Szakács F. – Kulcsár Zs. (szerk.): Személyiséglélektani szöveggyűjtemény. II. Elméleti irányzatok. Budapest, Tankönyvkiadó, 160–175. o.
- Ferenczi Sándor (1971): Nyelvzavar a felnőttek és a gyermek között. In: Buda Béla (szerk.): Pszichoanalízis és modern irányzatai. Budapest, Gondolat, 215–226. o.
- Gaskin, Ina May (2011) Spirituális bábaság Alternatal, Budapest
- Gaskin, Ina May(2009): Útmutató szüléshez Jaffa Kiadó, Budapest
- Hantos Ágnes in: TANAKODÓ (2003) Interdiszciplináris szakkönyvtár 2. A mentálhigiéné elmélete, a mentálhigiénés képzés, mentálhigiéné az emberek szolgálatában. Párbeszéd(Dialogus) Budapest
- H. Faber, E. van der Schoot (2003): A segítő beszélgetés Semmelweis Egyetem TF. Párbeszéd (Dialogus) Alapítvány, Budapest
- Hárdi, Lilla (2000) Poszttraumas stressz szindróma keletkezése és kezelése. Psychiatria Hungarica 15 (3) 311- 317.
- Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó (2003) – NANE Egyesület, Budapest

- Kitzinger, S. (2008): A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis? Budapest, Alternata!
- Molnár Judit (2015): Posztpartum poszttraumás stressz szindróma, in: Kuritárné Szabó Ildikó, Tijslár-Szabó Eszter (szerk.) :Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna - A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia, 204 o.- 216 o., Oriold és Társai Kiadó, Budapest
- Németh Margittal készített interjúk (2002): A gyermekekkel szembeni szexuális visszaélésekről, Család – Gyermekek – Ifjúság könyvek, Budapest
- Németh Margit - dr. Virág György (2011): ESZTER Alapítvány Hallgatói kézikönyv, Budapest
- Nicky Leap and Billie Hunter: Supporting Women for Labour and Birth, ROUTLEDGE 2016. New York
- Noll Andrea Nandu (2010): Vajúdástámogtás mindenkinek, Jaffa Kiadó, Budapest
- Pável Magda: Életesemények lelki zavarai I. Párbeszéd Dialógus Alapítvány, Budapest, 2008
- Rogers, Carl R. (2004):Valakivé válni Edge 2000 Kft., Budapest
- Simkin, P. and Phyllis Klaus (2004): When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on Childbearing Women
- Simkin, P.: Just another day in woman s life? II. rész, Birth, 1992;
- Tomcsányi Teodóra-Vikár György: A „segítő beszélgetés” a lélektani tudás alkalmazásának egy sajátos területe In: Zsámboki Mária (szerk.) Segítő találkozások (példatár) HÍD 1991.
- Varga, K. (2009). Szexualitás, szülés, kötődés: Az oxitocin pszichoemotív hatásai. In E. Bagdy, Z. Demetrovics & J. Pilling (Eds.), Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából (pp. 447-474). Budapest: Akadémiai Kiadó
- Varga K. – Suhai-Hodász G. (2000). Szülés és születés. Lélektanon innen és túl. Pólya, Budapest 2002
- Vincze Felícia, Lippienné Krémer Ibolya: Az intézeten kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban, Orvosi Hetilap: 2016 157. évfolyam, 11. szám 415.o. – 423. o.
- Wickham Sara(2002) What is right for me, making decisions in pregnancy and birth. UK.AIMS



## Melléklet I.

### Komplex poszttraumás stressz zavar<sup>94</sup>

1. A páciens történetének valamely pontján **hosszan tartó** - néhány hónaptól akár több évig terjedő- totalitárius jellegű **hatalomnak való alávetettség**. A példák közé tartoznak a túsok, a hadifoglyok, a koncentrációs táborok, valamint egyes szélsőséges vallási szekták túlélői. Ide tartoznak továbbá a totalitárius szexuális vagy családi rendszerekben élők : a családon belüli erőszak, továbbá gyerekkori fizikai és szexuális erőszak, valamint a szervezett szexuális kizsákmányolás túlélői.

#### 2. Az érzelemszabályozás módosulása

- perzisztens diszfória /állandósult érzelmi lehangoltság/
- krónikus öngyilkossági késztetések
- önbántalmazás
- robbanékony vagy rendkívül gátolt düh
- kényszeres vagy rendkívül gátolt szexualitás

#### 3. A tudat módosulásai

- a traumatikus eseményekre vonatkozó amnézia vagy hiperamnézia
- átmeneti disszociatív epizódok
- deperszonalizáció vagy derealizáció
- az élmények újraélése akár a poszttraumás stressz zavar emléketörései tünetei, akár az élményekről való kényszeres tépelődés formájában

#### 4. Az ön észlelés módosulásai

- tehetetlenség érzés vagy a kezdeményező képesség lebénulása
- szégyen érzés
- büntudat és önvád
- tisztátalanság vagy megbélyegzettség érzés
- másoktól való teljes különbözőség érzése, teljes egyedüllét érzése
- nem emberi identitás érzése

#### 5. Az elkövető észlelésének módosulásai

<sup>94</sup> Judith Herman: Trauma és gyógyulás 150-151. old

- az elkövetőhöz fűződő viszonyon való folyamatos tépelődés
- az elkövetőnek irreálisan tulajdonított totális hatalom
- az elkövető idealizálás avagy az iránta érzett paradox hála
- az elkövetővel való kapcsolat különlegességének vagy

természetfölöttiségének érzése

- az elkövető hiedelemrendszerének vagy érvelésének elfogadása

#### **6. Az emberi kapcsolatok módosulásai**

- elszigetelődés és visszahúzódás
- Az intim kapcsolatok megszakadása
- ismételt megmentő keresés
- állandósult bizalmatlanság
- az önvédelem ismételt elmulasztása

#### **7. A jelentés rendszerek módosulásai**

- az élethez lelki erőt nyújtó hit elvesztése
- reménytelenség és kétségbeesés érzése

## Melléklet II.

Az amerikai Koalíció a Szülészeti Ellátás Javításáért (Coalition for Improving Maternity Services, CIMS) működő csoport meghatározta az Anyabarát Szülés Kezdeményezés 10 pontját, melynek mindegyike olyan gyakorlatokon alapul, melyet komoly tudományos bizonyíték támaszt alá.

### Anyabarát Szülés Kezdeményezés

Az anyabarát szülészetekért, születés központokért, születésházakért és otthonszülést kísérő bábacsoportokért.

Az anyabarát kórház, születésház vagy otthonszülést kísérő bába csoport:

#### 1. minden szülő nőnek lehetőséget ad

- korlátozás nélkül megválasztani, hogy ki legyen jelen a szülésénél, ideértve gyermeke apját az anya partnerét, gyerekeit, családtagjait és barátait,
- korlátozás nélkül kaphat érzelmi és fizikai támogatást egy hozzáértő asszonytól, például doulától vagy egyéb szülést támogató szakembertől
- igénybe venni hivatásos bábai ellátást

2. Pontosán dokumentált és statisztikai információval szolgál a nyilvánosságnak a szülés körüli ellátásban alkalmazott gyakorlatokat és eljárásokat illetően ideértve a beavatkozások gyakoriságát és azok kimenetelét .

3. Kulturálisan kompetens ellátást biztosít azaz olyan ellátást, amely fogékony és támogató az anya etnikumából vagy vallásából eredő különleges meggyőződésekre, értékekre és szokásokra.

4. A szülő nőnek biztosítja, hogy szabadon sétálhasson és a választása szerinti testhelyzetet vegye föl a vajúdás és a szülés alatt. Kivéve, ha a korlátozás kifejezetten szükséges, hogy egy komplikációt elhárítsunk. Ellenjavallja a kömetsző helyzetet, feltett lábakkal háton fekvésben zajló szülést.

Világosan definiált irányelvek és eljárás módjai vannak más szolgáltatókkal való együttműködés és konzultációra a perinatális időszakban, beleértve a gondozást eredetileg végző személlyel való kommunikációt arra a helyzetre nézve is, ha szülés közben vagy után a szülés helyszínének megváltoztatására van szükség arra hogy hogyan hozzák kapcsolatba az anyát és a kisbabát a megfelelő közösségi forrásokkal

kezdemenyezéseket ideértve a várandósság alatti az elbocsátás utáni gondozási és a szoptatási támogatást és csak tanácsadást is

5. Nem alkalmaz rutinszerűen olyan gyakorlatokat és eljárásokat amelyek tudományos bizonyítékkal nincsenek alátámasztva, ideértve de nem korlátozva a következőkre:

- borotválás
- beöntés
- infúzió
- evés és ivás tiltása
- korai burokrepszés
- folyamatos elektronikus szívhang monitorozás

százalék alatti klinikákon császármetszés utáni hüvelyi szülés aránya 60% vagy magasabb a cél A 75 százalék vagy több

7. Megismerteti a dolgozóival a gyógyszer nélküli fájdalomcsillapítás módszerét és nem javasolja a fájdalomcsillapító vagy érzéstelenítő gyógyszerek használatát ha csak nem komplikáció elhárításáról van szó .

8. Bízgat minden anyát és családot, azokat is akik beteg, koraszülött vagy fejlődési rendellenességgel született újszülöttjük van, hogy érintsék meg, vegyék ölbé, szoptassák, gondoskodjanak a babájukról olyan mértékben, amit a baba állapota lehetővé tesz.

9. Ellenjavallja a nem vallási okból elvégzett körülmetélést

10. Igyekszik megtalálni UNICEF 10 lépés a bababarát kórház kezdeményezésnek, hogy támogassa a sikeres szoptatást.

### Melléklet III.

Az alábbi táblázatot Sharon Norton pszichoterapeuta készítette, aki a kaliforniai térségben szülési traumát szenvedett és szexuális erőszak áldozatául esett nőkkel egyaránt mélyrehatóan foglalkozik. Az összehasonlítás segítségével könnyebben megérthetjük, mennyire hasonlóak a szexuális bántalmazást és a szülés közben nemi erőszakot átélt nők élményei:

SZEXUÁLIS BÁNTALMAZÁS	SZÜLÉS KÖZBEN ÁTÉLT ERŐSZAK
A hatalom és az irányítás teljesen, vagy szinte kizárólagosan az elkövető(k) kezében van.	A hatalom és az irányítás teljesen, vagy szinte kizárólagosan az elkövető(k) kezében van.
Az áldozatot esetenként drogokkal teszik mozgásképtelenné.	Az áldozatot esetenként epidurális érzéstelenítéssel teszik mozgásképtelenné.
Az áldozat önmagát hibáztatja, magával szemben szégyent és undort érez.	Az áldozat önmagát hibáztatja, magával szemben szégyent és undort érez.
Az esetről való beszédet a társadalom stigmatizálja (tabu).	Az esetről való beszédet a társadalom stigmatizálja (tabu).
A félelem az elkövető befolyását erősíti.	A félelem az elkövető befolyását erősíti.
Az áldozat testébe való behatolás az elkövető valamely testrészével (pénisz, ujj stb.) és/vagy tárgyakkal történik. Gyakran használnak éles fegyvereket.	A szülő nő testébe való behatolás az elkövető valamely testrészével (ujjak, kéz) és/ vagy tárgyakkal történik. Gyakran használnak éles eszközöket.
Az érintett területek az áldozat testének hagyományosan intimnek tekintett részei.	Az érintett területek az áldozat testének hagyományosan intimnek tekintett részei.
A tipikus elkövetőről alkotott elterjedt társadalmi mítoszok megalapozatlanok és tévesek. A tény az, hogy az áldozatok általában ismerik az elkövetőt, ezért a bántalmazás hatalmas sokkot jelent a számukra, és úgy érzik, becsapták őket.	A tipikus elkövetőről alkotott elterjedt társadalmi mítoszok megalapozatlanok és tévesek. A tény az, hogy az áldozatok általában ismerik az elkövetőt, ezért a bántalmazás hatalmas sokkot jelent a számukra, és úgy érzik, becsapták őket.
Az elkövető bármilyen nemű lehet, de általában férfi.	Az elkövető bármilyen nemű lehet, de pozícióját általában patriarchális rendszerek támogatják. <sup>95</sup>

95Forrás: <http://www.emmaegyesulet.hu/amit-a-feministaknak-a-szules-kozben-atelt-nemi-eroszakrol-tudniuk-kell/>

A gyermekkori szexuális abúzustúlélők szüléskísérése  
traumatúlélők kihívásai a medikalizált szülészeti modellben  
dr. Györfy Judit

*„A szexuális erőszakot megélt nők szülésélményei világítják meg a legjobban az intézményesült egészségügyi ellátás dinamikáját és a gondozást adó és kapó személyek közötti hatalmi egyenlőtlenséget. A szexuálisan bántalmazott nők tapasztalatai kicsiben szimbolizálják minden nő tapasztalatát, akit lealacsonyítanak és akivel rosszul bánnak várandóssága és szülése alatt. Ha a szülést személyes odafordulás és tisztelet nélkül vezetik, ha az irányítás durva és intenzív az már önmagában felér egy szexuális erőszak hatásaival.”<sup>96</sup>*

#### **Gyerekkorban elszenvedett szexuális abúzus**

Mint minden bántalmazásnak, a szexuális abúzusnak is a hatalommal való visszaélés az alapja. A hatalmi eltolódást gyerekek ellen elkövetett visszaélésnél a korkülönbség önmagában megalapozza, de a felmérések szerint az esetek háromnegyedében az elkövető az áldozat által ismert tekintélyszemély-apa, nagypapa, egyéb rokon, edző, tanár, orvos, pap.<sup>97</sup> A köztük levő egyenlőtlen, alá-fölérendeltségi viszony miatt, az áldozat nincs abban a helyzetben, hogy érdemben nemet mondhasson, ezért az esetben is erőszaknak számít, ha a gyermek nem tiltakozik.<sup>98</sup>

Szexuális visszaélés meglehetősen tág fogalom, magába foglal minden olyan tevékenységet, - lehet ez fizikai, pszichés vagy verbális - ami szexuális izgalmat okoz az elkövetőnek.

#### **Statisztikák**

A gyerekek ellen elkövetett szexuális abúzus előfordulásának pontos mérése igencsak nehézkes a bántalmazásra jellemző nagyon magas látencia miatt. Független helyzetük és a témát övező erős tabu hatására az áldozatok csak ritkán beszélnek, gyakran pedig a traumás amnézia is - mely egykor a bántalmazó közegben való túlélésben segítette őket -

96 Kitzinger, S. (2008): A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis? Budapest, Alternatal.98.old.

97 <http://muszajmunkacsoport.hu/tudastar/mit-nevezunk-gyerekkori-szexualis-abuzusnak/statisztikak>

98 [http://eszteralapitvany.hu/wp-content/uploads/2015/04/Pszichol%C3%B3gus\\_TAMOP\\_k%C3%A9rik%C3%B6nyv\\_v%C3%A9gs%C5%91.pdf](http://eszteralapitvany.hu/wp-content/uploads/2015/04/Pszichol%C3%B3gus_TAMOP_k%C3%A9rik%C3%B6nyv_v%C3%A9gs%C5%91.pdf)

megakadályozza az áldozatot, hogy visszaemlékezzen a történetekre.<sup>99</sup> Viszonyításképpen említenék pár adatot. Magyarországi felmérést a Független Médiaközpont készített 2011-ben Pandóra szelencéje projekt keretében, mely szerint a gyerekek 20%-a szenved el valamilyen szexuális visszaélést.<sup>100</sup> Nemzetközi tanulmányok szerint az elkövetések becsült mértéke lányok esetében 25-40 %-ra tehető, míg fiúk esetében ez a szám 20-25 % között mozog. Hasonló arányokról számoltak be kanadai, svéd és brit kutatások is.<sup>101</sup> A fent írt statisztikákból kitűnik, hogy a legoptimistább becslések szerint is öt várandós nőből legalább egy él együtt a gyerekkori szexuális bántalmazás hosszú távú hatásaival.

### **Gyerekkori szexuális abúzus, mint trauma**

Traumatikus életesemények lehetnek mindazon események, amik együtt járhatnak az élet fenyegetettségével, súlyos sérüléssel, vagy szexuális erőszak megtapasztalásával a DSM-5 meghatározása szerint.<sup>102</sup> A gyerekek ellen elkövetett szexuális erőszak hatását tekintve sok hasonlóságot mutat más traumatizáló eseménnyel, a háborúban, fogságban vagy családon belül elszenvedett erőszakkal, kínzással. Az áldozatok ezekben a helyzetekben huzamosabb ideig, ismétlődően, a tehetetlenség, életveszélyes fenyegetettség, a rettegetés és a teljes kontrollvesztés állapotát élik meg. Ilyenkor az áldozat számára az agy által indukált „fight or flight” vészreakció nem kivitelezhető, sem menekülni, sem küzdeni nem tud, ezáltal az önvédelmi rendszere túlterhelődik és lekapcsolódik a fizikai és érzelmi fájdalom érzékeléséről. Ezt a jelenséget hívjuk disszociációnak, ami adott esetben adaptív megküzdési stratégiának számít a túlélés szempontjából.<sup>103</sup> Feldolgozás nélkül azonban a traumára adott válaszreakció az akut veszély elhárultával is fennmarad és a traumás eseményről leszakadva önálló életre kel. (Bass, 2008; Herman 2003) Ha a szervezet nem képes a trauma előtti működési állapotra visszaállni, akkor beszélünk poszt traumás stressz zavarról (PTSD).<sup>104</sup> Mivel a gyerekeket érő szexuális erőszakot a személyiségfejlődés korai szakaszában, gyakran közeli hozzátartozó vagy ismerős által ismétlődően követik el és viszonylag ritkán kapnak az áldozatok időben hatékony segítséget a feldolgozáshoz,

99 Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó – NANE Egyesület, Budapest, 2003. 66. o.

100 <http://muszajmunkacsoport.hu/tudastar/mit-nevezunk-gyerekkori-szexuális-abuzusnak/statisztikak>

101 Penny Simkin, Phyllis Klaus : When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on Childbearing Women 2004 4.-5. oldal

102 DSM-V meghatározása szerint: valós vagy fenyegető haláleset, súlyos sérülés vagy szexuális erőszak megtapasztalása. A1: a traumatikus esemény(ek) közvetlen átélése A2: másokkal történő események látványa tanúként

103 Ellen Bass, Laura Davis: The Courage to Heal: A Guide for Women Survivors of Child Sexual Abuse, HARPER, New York, 2008 243. o.

104 Hárdi L. A poszttraumás stressz szindróma keletkezése és kezelése, 2000 Psychiat Hung 311-317.

személyiségük egészét érintő jellegzetes változás tapasztalható, köztük az identitás és kötődések torzulásai.<sup>105</sup> Judith Herman szerint a krónikus bántalmazás elszenvedőinek e bonyolultabb tünetképére szerencsésebb lenne a komplex poszttraumás stressz zavar diagnózist használni, ami jobban kifejezi és elismeri a túlélőt ért trauma szerteágazó voltát, összetettségét.<sup>106</sup>

### **PTSD jellemzői**

A poszttraumás stressz zavarra jellemző tünetek három fő csoportba különíthetők el.<sup>107</sup>

Hiperarousal a veszélyre adott fiziológias válasz, amely annak elmúltával is fennmarad egy folyamatos készenléti állapotban, stresszhelyzetben tartva az áldozatot.

Emléketörések formájában a traumatizáltak időről időre újraélik a trauma valóságát, annak minden testi, lelki kísérőtünetével együtt, mintha csak a jelenben ismételtén megtörténne velük. Az erős testi érzetek hatására a túlélők elkerülő magatartásokat vesznek fel, amely hozzájárul életterük beszűküléséhez.

A harmadik tünetcsoport a traumás tompultság, amivel az áldozat az aktív védekezés, vagy menekülés kivitelezhetetlensége miatt a tudatállapota megváltoztatásával próbál az elviselhetetlen testi lelki fájdalomtól szabadulni.

### **Szexuális trauma hatása a személyiségre**

A gyermekkori bántalmazás megtapasztalása alapjaiban zúzza szét a gyerek önmagába, az emberekbe és a világba vetett bizalomra, intimitásra, másokhoz való kötődésre, autonómiára való képességét. A testhatárok megsértése, a megaláztatás elviselése, a fizikai fájdalom és a bántalmazóval, illetve a bántalmazás tudatával való együttélés traumás megküzdési stratégiákat kíván a fejlődésben levő pszichétől. A túlélés érdekében a túlélők testi érzeteiktől elszakadnak, elvesztik, vagy ki sem fejlesztik az öngondoskodás képességét. Érzéseiket elfojtják, kényszerselekvésekbe, disszociált tudatmódosult állapotokba menekülnek, hogy a trauma okozta stresszt oldják és hosszabb távon emlékeik gyakran traumás amnéziába süllyednek.<sup>108</sup>

Felnőttként, a megsebzett biztonságérzet és bántalmazás következményeként gyakran okoz problémát a túlélőknek a kontroll és kiszolgáltatottság kérdése. Azok az élethelyzetek,

105 Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó, – NANE Egyesület, Budapest, 2003. 46. o.148. o.

106 I. sz. melléklet

107 Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó – NANE Egyesület, Budapest, 2003. 46. o.52. o. - 71. o.

108 Ellen Bass, Laura Davis: The Courage to Heal: A Guide for Women Survivors of Child Sexual Abuse, HARPER, New York, 2008 13. - 28. o.



amikor mások dönthetnek helyettük, ha elveszíthetik az irányítást az események felett, vagy ha testüket „át kell adni” kezelésre, vizsgáltra, az érintések melyek fölött nincs hatalmuk, a lemeztelenítettség, mind kihívás számukra. Az emberekbe vetett bizalom kérdése, tekintélyszemélyekkel való együttműködés, minden olyan kapcsolat, ahol alá-fölé rendeltséget, függő viszonyulást élnek meg, az eredeti trauma okozta kiszolgáltatottságra, elnyomásra emlékezteti őket. Váratlan új helyzetek, és a kiszámíthatatlanság az eredeti traumánál megélt kontrollvesztés és tehetetlenség miatti rettegést, pánikot vagy éppen dühöt és gyűlöletet válthat ki. (Bass 2008; Kitzinger 2008)

### **Túlélők és a szülés**

A szexuális traumát átéltek esetében a szülés, a trauma feldolgozását három irányba mozgíthatja el:

1. negatív, amikor a szülésélmény az eredeti traumát triggereli és annak hatásait feléleszti-újratraumatizál.
2. semleges, amikor nem történik sem előrehaladás a gyógyulásban, sem újabb sérülés.
3. pozitív, amikor a szülés és az ott tapasztaltak elősegítik a nő visszakapcsolódását, testéhez, érzéseihez, megéli kompetenciáját, növekszik saját magába, testébe és az emberekbe vetett bizalma.<sup>109</sup>

Szülés egy olyan kiemelkedő életesemény a nők életében, ami számtalan olyan aspektussal rendelkezik, ami triggerként funkcionálhat korábbi traumájuk tekintetében, és mindenképpen új megküzdési stratégiákat kíván a túlélő részéről.

A szülés körül felmerülő triggereket két csoportra oszthatjuk aszerint, hogy magához a szüléshez, mint folyamathoz kapcsolódnak, vagy inkább a medikalizált, általában technokrata szülésvezetési stílushoz.<sup>110</sup> (lásd lejjebb)

Belső, a folyamathoz kapcsolódó triggernek nevezi Simkin, amit a szülés spontán, kontrollálhatatlan, előre meg nem jósolható üteme, az intenzív testérzetek és az okozhat, hogy ugyanazok a testrészeket érintettek, melyek az abúzus során is sérültek. A kontrakciók, melyek megállíthatatlanul végigsöpörnek a nő testén, az erős fájdalom, feszítő érzés a hüvelyben kettős jelentéssel bírhat a túlélő számára, ugyanazt a tehetetlenséget, csapdába esettséget élheti át, mint gyerekkorában. Bizonyos testhelyzetek, a széttárt lábak félmeztelen állapotban könnyen okozhatnak emlékbetörést, és idézik fel a

109 Simkin, P. and Phyllis Klaus: When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on Childbearing Women, 2004 124. old.

110 Simkin, P. and Phyllis Klaus (2004): When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on Childbearing Women 71.o-79.o-

szexuális erőszak megalázó élményét. Sok nőnek okozhat nehézséget férfiorvos előtt megnyílnia, különösen akkor, ha a szexuális visszaélés elkövetője is férfi volt. Előfordulhat ugyanakkor az is, hogy női kísérők esetleges érzéketlensége, férfiorvos beavatkozása melletti asszisztálása, előhívhatja a túlélőben anyja iránt érzett mély csalódását, fájdalmát. (A gyerekkori abúzus túlélőknél gyakori, hogy az anya, nem tud, vagy nem akar tudni arról mi történik, és ezt súlyos árulásként éli meg a gyerek.) A nőgyógyászati vizsgálatok alkalmával rendszeresen használt mondatok egy túlélőnek egészen más jelentéssel telítődhetnek, mivel teljesen más kontextusban hangzottak el az elkövetőtől. Ilyen lehet például: Mindjárt végzek!, Bizzon bennem!, Ha lazít nem fáj! Tegye szét a lábait! Minél inkább ellazítja magát, annál gyorsabban végzek!

Külső triggernek nevezzük azokat a körülményeket, szokásokat és viszonyulásokat, amik a szülés medikalizációjából, kórházi keretek és szokások közé szorításából fakadhatnak. Ilyenek lehetnek az anya szeparálása hozzátartozóitól, támogatóitól, személyes öltözködéstől megfosztás, idegenek jövése-menése vajúdas alatt, intim szféra ignorálása, gyakori vizsgálatok, műszerekkel monitorozás, kikötözés, infúzió, katéter, tű, a nő mozgásának, pozícióválasztásának a személyzet általi kontrollálása, szükségletei, evés, ivás, ürítés feletti kontroll átvétele stb.

### **Két eltérő szemlélet a szülészetben: szülésvezetés vagy szüléskísérés**

Davis-Floyd írja le azt az egészségügyben ma is uralkodó, technokrata szemléletet, ahol az emberi test a lélektől és érzelmeitől elszakítva, mint gyári futószalagon - a technika és a szakember(orvos) segítségére szoruló, javításra váró termék - halad egyik beavatkozástól a másikig, míg a végső produktum, az élő magzat és anya elő nem áll. A folyamat uralója és kizárólagos felelőse az orvos, aki levezeti a szülést, a nő pedig passzív, inkompetens alanya, vagy inkább tárgya a rendszernek. A szüléseknek egységesített időkeretben kell haladni és szigorúan előírt menete van a beavatkozásoknak,- függetlenül a nő akaratától - hogy a szülése az előírányzott elvárásoknak megfeleljen. A gyerekesített beteggel szemben a paternalista, döntéseit átvállaló egészségügyi dolgozó áll. A protokollok a szaksegítség kényelmét és nem a nő szükségleteit szolgálják.<sup>111</sup> (Davis- Floyd, 2003; Kitzinger, 2008; Varga- Suhai-Hodász,2002) Kórházi közegben, az életet adó egészséges nőkből az egészségügyi terminológia szerint „páciens” és „beteg” lett, szülése alatt külső

111 Davis – Floyd, Robbie: Birth as an American Rite of Passage. University of California Press Berkeley, Los Angeles, London 1992, 2003 44.o.-184. o.

beavatkozásokkal bombázzák és orvosa segítségére szorul gyereke megszületéséhez.<sup>112</sup> A mellérendelt partneri együttműködés helyett, alá-fölé rendeltség, tekintélyelvű utasítás, és az egészségügyre egyébként is jellemző atyáskodó viszonyulás hatja át a szülő nő és segítője kapcsolatát. Ez a rendszer nem jutalmazza az autonómiát, a passzív alanyokat értékeli, akik könnyen engedelmeskednek és kérdés nélkül követik az utasításokat. (Kitzinger, 2008; Davis - Floyd, 1992, 2003; Varga- Suhai-Hodász 2002)

### **Bábai modell**

A technokrata szülésmodell alternatívája a bábai modell, vagy ahogy Davis - Floyd írja a holisztikus szemlélet, ahol a szüléseket a szülésznők kísérik, orvos csak a valódi komplikációknál, életmentő beavatkozásoknál van jelen. Az előbbivel ellentétesen ezt a szemléletet a szülés természetes folyamatának támogatása, nagyobb türelem a szülés egyes szakaszainak kiválásánál és a beavatkozások minimalizálása jellemez. A nő igényeinek és kompetens személyként való elismerésével és egyedi szükségleteihez való alkalmazkodással támogatja a nő önrendelkezését, ami megnyilvánul a vajúdas alatti szabad mozgásban a kitolási pozíció tetszőleges megválasztásában is.

Összehasonlítva a két szemléletet szembevetve, hogy a medikalizált modellben, még ha az anya egy szemléletében nem technokrata orvossal, szülésznővel is szül, jóval nagyobb energiára és önérvényesítő készségre van szüksége ahhoz, hogy olyan ellátást kapjon, ami közelíteni tud egyedi elvárásaihoz, míg a másik modellben rendszer szinten adottak a feltételek egy gyógyító, de legalábbis nem traumatizáló szüléshez.

Jelenleg, nincsen bábai szemlélettel működő kórház hazánkban, ezért sok túlélő számára az intézményen kívüli szülés az egyetlen lehetőség arra, hogy nőközpontú, személyközpontú ellátást kapjon.<sup>113</sup>

### **Félelem hatása a szülésre**

A szülés egy hormonok által meghatározott folyamat, mely akkor működik a legkevesebb komplikációval, ha a nő biztonságban érzi magát, mert ebben az állapotában termelődik a hatékony összehúzóerőket rendszerező, szülést előmozdító oxytocin. A félelem érzés - függetlenül attól, hogy valós vagy vélt veszély miatt alakul ki, netán a korábbi szexuális

112 Varga K. – Suhai-Hodász G. (2000). Szülés és születés. Lélektanon innen és túl. Pólya, Budapest 2002 93.o.

113 Vincze Felícia, Lippienné Krémer Ibolya: Az intézeten kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban, Orvosi Hetilap: 2016 157. évfolyam, 11. szám 415.o. – 423. o. <http://akademiai.com/doi/pdf/10.1556/650.2016.30364>

abúzus miatti triggerelt állapotból fakad - a „fuss vagy menekülj” (fight or flight) hormonális stresszmintát aktiválja, csökkentve az oxytocin termelést és a szülési folyamatot előre vivő összehúzódások hatékonyságát. Ezért a túlélő szülő nő biztonságérzetének megteremtése, félelmeinek elosztatása kulcsfontosságú a szülés zavartalan, fölösleges beavatkozásoktól mentes lefolyása szempontjából.<sup>114</sup>

Az egészségügyi intézményben dolgozók és szülő nők viszonyában jelen levő hatalmi eltolódás különösen nehéz feladat elé állítja a túlélőket, mert felidézheti a korábbi abúzus emlékét, az alárendelt pozícióban megélt teljes kiszolgáltatottságot, teste fölötti rendelkezéstől megfosztottságot.<sup>115</sup> Túlélőkkel folytatott beszélgetéseim alkalmával egyértelművé vált, hogy az egészségügyi ellátásban való részvétel komoly nehézség számukra és gyakran folyamodnak elkerülő magatartásokhoz. Sajnos a nők kórházi bánásmóddal és szüléssel kapcsolatos félelmei nem megalapozatlanok és nem magyarázhatóak kizárólagosan a trauma okozta bizalmatlanságukkal, hatalmi eltolódásra való hiperszenzitivitásukkal. A Másállapotot a szülészetben mozgalom által gyűjtött anyai történetek között számtalan írás számol be a megalázó bánásmódról, amit a kórházban éltek át a nők.

*„Amíg az orvos visszajött varrni, hárman is jártak a szobában, akiknek semmi tennivalójuk nem volt ott, csak "benéztek", miközben én remegő, felpolcolt, széttárt lábakkal vártam tehetetlenül, hogy letöröljék rólam a vért és a magzatszurkot és összevarrjanak. Borzasztóan megalázva éreztem magam...”<sup>116</sup>*

### **Szülészeti erőszak - hatalommal visszaélés**

Talán hazánkban még kevésbé ismert foglom, a *szülészeti erőszak* kifejezés, mely alatt azokat az eseteket értjük, amikor maga a hatalmi pozícióból történő, erősen irányított szülésvezetés, a nő tudta nélkül vagy akarata ellenére végzett beavatkozások, és a nővel szemben tanúsított tiszteletlen, durva bánásmód lesz az abúzus.<sup>117</sup>

114 Buckley, S. (2005c) *Pain in labour: Your hormones are your helpers*. <http://www.sarahj-buckley.com/articles/labour-hormones.htm>

Varga, K. (2009). Szexualitás, szülés, kötődés: Az oxitocin pszichoemotív hatásai. In E. Bagdy, Z. Demetrovics & J. Pilling (Eds.), *Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából* (pp. 447-474). Budapest: Akadémiai Kiadó

115 Németh Margittal készített interjúk: A gyermekekkel szembeni szexuális visszaélésekről, *Család – Gyermek – Ifjúság* könyvek, 2002

116 Anyai történet a Másállapotot a szülészetben mozgalom facebook oldaláról <https://www.facebook.com/masallapotot/photos/a.1742922429260632.1073741831.1576832335869643/1987963751423164/?type=3&theater>

117 [http://holdudvar.babahaz.hu/GaraiMixa\\_Szuleszeti\\_eroszak.pdf](http://holdudvar.babahaz.hu/GaraiMixa_Szuleszeti_eroszak.pdf)

*„Átjáróház volt a testem: durva vizsgálatok, lekezelő mondatok követték egymást. Az ügyeletes orvos, a kifejezett kérésem ellenére vizsgált meg úgy, hogy a karját a körmömmel téptem, hogy hagyja abba, mert fáj. Azt mondta ne szórakozzak, ő az ügyeletes, neki ez a dolga és a felelőssége.”*

*„Úgy éreztem magam, mint egy húscsapat a futószalagon.”*

*„Úgy éreztem megerősokolnak minket, kierősokolják belőlem a gyerekeimet.”*

*„Üres tekintettel bámultam a plafont, és megadtam magam az események sodrásának. Lelkileg, testileg összetörve, porig alázva. Kikötöztek, elkezdték a műtétet.”<sup>118</sup>*

Egyre több figyelem fordul ezeknek a traumás szülésélményeknek a vizsgálatára, azok hosszú távú hatásának kutatására.<sup>119</sup> Beck 2015-ös tanulmánya összegzi azokat a közös jellemzőket, melyek traumatikus szüléseknél előfordulnak. Ezek a: rideg, elhanyagoló ellátás, emberi méltóságának semmibe vétele, ijesztő kontrollvesztés, lekezelő, elutasító kommunikáció, magára hagyottság szülés alatt, és a szülés utáni PTSD tünetei.<sup>120</sup>

### **Kontroll és biztonságérzet a félelem ellenszere**

Túlélőkkel folytatott terápiás kapcsolatban széles körben elismert alapelv, hogy a kezelés elsődleges célja, a traumatizált személy kontrolljának helyreállítása, és a tudatos szembeszállás az alárendeltség berögzült dinamikájával.<sup>121</sup> Ez a destruktív dinamika, a jó szándék vezérelte túlzott segítséssel, megmenteni akarással is megvalósulhat. Az ilyen segítő kimondatlanul is azt sugallja, hogy a másik személy tehetetlen, inkompetens, gyengítve ezzel az autonómiáját, melynek következtében felerősödnek traumás tünetei.<sup>122</sup>

*Erre vártam, hogy valaki higgye el, hogy képes vagyok megszülni, és ne akarjon megmenteni, ne sajnáljon, csak legyen velem!”*

(Júlia 34 éves anyja, második gyermeke otthonaszülésénél)

A nondirektív kommunikáció és a tudatos jelenlét elősegíti a mellérendelt viszonyulást segítő és segített között, bátorítja a másik felet érzései, nehézségei feltárásában, erősíti a kliens kompetenciaérzetét saját problémái megoldásában.

A várandós nő szüléshez szükséges biztonságérzete a szaksegítségbe vetett bizalmából, valamint fizikai és érzelmi biztonságérzetéből áll össze. Az érzelmi biztonság megteremtését, Rogers személyközpontú terápia felvázolásánál leírt nondirektív

118 [https://www.facebook.com/pg/masallapotot/photos/?tab=album&album\\_id=1742922429260632](https://www.facebook.com/pg/masallapotot/photos/?tab=album&album_id=1742922429260632)

119 [http://openaccess.city.ac.uk/5036/5/Chapter\\_final\\_version\\_\(1\).pdf](http://openaccess.city.ac.uk/5036/5/Chapter_final_version_(1).pdf)

120 Cheryl Tatano Beck - Middle Range Theory of Traumatic Childbirth, 2015

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5342633/#section4-2333393615575313title>

121 Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó (2003) – NANE Egyesület, Budapest 164.o.

122 Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó (2003) – NANE Egyesület, Budapest 174. o.

technikával és elfogadó attitűddel, míg a fizikai biztonságot a szülő nő teste feletti kontrolljának a megtartásával és a tájékozott döntés biztosításával lehet hatékonyan segíteni. A teljes elfogadásról, és annak szerepéről a változásban így ír Rogers:

*„... amennyiben képes vagyok őt minden külső veszélytől teljesen megszabadítani, akkor - és csak akkor - kezdhet el a belső érzéseivel, konfliktusaival foglalkozni.”*<sup>123</sup>

Ha ezt az állítást a szüléskísérésre vonatkoztatjuk, abból az következik, hogy a belső triggerekkel való munka, megküzdés akkor lehet sikeres, ha a külső triggereket megszüntetik, de legalábbis minimalizálják, illetve az is, hogy a bábai szemlélettel működő nőközpontú szülészet mennyivel alkalmasabb traumatulélők nondirektív módon történő támogatására.

### **Szülő nő mellett lenni segítő szakma**

A szüléskísérés segítő szakma, függetlenül attól, hogy a szüléskísérő ennek a felelősségnek tudatában van vagy sem. Egy olyan ember mellett áll, aki éppen élete egyik fontos fejlődési krízisét éli át, különösen igaz ez először szülő túlélőkre.<sup>124</sup>

A rogersi személyközpontú terápiából ismert attitűd szülés során alkalmazott tudatos, vagy spontán megvalósulása, lehetővé teszi az abúzus túlélő alaptraumáját gyógyító folyamatok beindítását. Úgy élhet át egy normatív krízist, hogy az addigi maladaptív megküzdési stratégiák helyett újakat mozgósít, berögzült mintázatok, alá-fölé rendeltség, bizalmatlanság, elszigetelődés helyett a szeretetteljes támogatást, mellérendelt együttműködést és tiszteletteljes bánásmódot tapasztal, hogy a környezet azt tükrözi vissza, hisz benne, autonómiáját elismeri, saját elakadásában kompetens személynek látja, érzéseit validnak és szükségleteit kielégítésre alkalmasnak tartja.

Egy túlélő így ír erről:

*„Valódi ünnep volt - egy győzelem – mind afölött amin korábban keresztülmentem. A legfelszabadítóbb az újonnan megtalált képességem, hogy benne tudtam maradni a testembe, átéltem az érzéseimet, és lépésről lépésre haladtam előre a folyamatban.”*<sup>125</sup>

123 Rogers, Carl R. (2004): Valakivé válni Edge 2000 Kft., Budapest

124 Pável Magda: Életesemények lelki zavarai I. Párbeszéd Dialógus Alapítvány, Budapest, 2008 149. old.

125 Simkin, P. and Phyllis Klaus: When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on Childbearing Women, 2004 71. o.

## Felhasznált irodalom

- Cheryl Tatano Beck - Middle Range Theory of Traumatic Childbirth, 2015
- Davis – Floyd, Robbie: Birth as an American Rite of Passage. University of California Press Berkeley, Los Angeles, London 1992, 2003
- Ellen Bass, Laura Davis: The Courage to Heal: A Guide for Women Survivors of Child Sexual Abuse, HARPER, New York, 2008
- Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó – NANE Egyesület, Budapest, 2003.
- Hárdi L. A poszttraumás stressz szindróma keletkezése és kezelése, 2000 Psychiat Hung 311-317.
- Németh Margittal készített interjúk: A gyermekekkel szembeni szexuális visszaélésekről, Család – Gyermek – Ifjúság könyvek, 2002
- Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó (2003) – NANE Egyesület, Budapest
- Kitzinger, S. (2008): A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis? Budapest, Alternatal.98.old.
- Pável Magda: Életesemények lelki zavarai I. Párbeszéd Dialógus Alapítvány, Budapest, 2008
- Rogers, Carl R. (2004): Valakivé válni Edge 2000 Kft., Budapest
- Simkin, P. and Phyllis Klaus: When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on Childbearing Women, 2004
- Varga, K. (2009). Szexualitás, szülés, kötődés: Az oxitocin pszichoemotív hatásai. In E. Bagdy, Z. Demetrovics & J. Pilling (Eds.), Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából (pp. 447-474). Budapest: Akadémiai Kiadó
- Varga K. – Suhai-Hodász G. (2000). Szülés és születés. Lélektanon innen és túl. Pólya, Budapest 2002
- Vincze Felícia, Lippienné Krémer Ibolya: Az intézeten kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban, Orvosi Hetilap: 2016 157. évfolyam, 11. szám 415.o. – 423.

## Felhasznált weboldalak

<http://akademai.com/doi/pdf/10.1556/650.2016.30364>

<http://www.sarahj-buckley.com/articles/labour-hormones.htm>

[http://holdudvar.babahaz.hu/GaraiMixi\\_Szuleszeti\\_eroszak.pdf](http://holdudvar.babahaz.hu/GaraiMixi_Szuleszeti_eroszak.pdf)

<http://muszajmunkacsoport.hu/tudastar/mit-nevezunk-gyerekkori-szexualis-abuzusnak/statisztikak>

<http://akademai.com/doi/pdf/10.1556/650.2016.30364>[http://eszteralapitvany.hu/wp-](http://eszteralapitvany.hu/wp-content/uploads/2015/04/Pszichol%C3%B3gus_TAMOP_k%C3%A9zik%C3%B6nyv_v%C3%A9gs%C5%91.pdf)

<http://akademai.com/doi/pdf/10.1556/650.2016.30364>[http://eszteralapitvany.hu/wp-](http://eszteralapitvany.hu/wp-content/uploads/2015/04/Pszichol%C3%B3gus_TAMOP_k%C3%A9zik%C3%B6nyv_v%C3%A9gs%C5%91.pdf)

[https://www.facebook.com/pg/masallapotot/photos/tab=album&album\\_id=1742922429260632](https://www.facebook.com/pg/masallapotot/photos/tab=album&album_id=1742922429260632)

[http://openaccess.city.ac.uk/5036/5/Chapter\\_final\\_version\\_\(1\).pdf](http://openaccess.city.ac.uk/5036/5/Chapter_final_version_(1).pdf)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5342633/#section4-2333393615575313title>

[https://www.facebook.com/pg/masallapotot/photos/?tab=album&album\\_id=174292242926063](https://www.facebook.com/pg/masallapotot/photos/?tab=album&album_id=174292242926063)



„Alulírott dr. Gyórfy Judit nyilatkozom, hogy a Gyermekkori szexuális abúzus túlélők szüléskísérése - traumatúlélők kihívásai a medikalizált szülészeti modellben című dolgozatom teljes egészében saját munkám, elkészítéséhez a megadott forrásokon kívül más forrást nem használtam fel.”

Budapest, 2017.11.06.

.....