

## A szégyen mint medicinális jelenség

KELEMEN GÁBOR

### SHAME AS MEDICAL PHENOMENON

A szerző új szempontokat javasol a medicinában a 21. századra megváltozott problémaként jelentkező szégyen leírásához, megértéséhez és kezeléséhez. Áttekintést nyújt a szégyen jelenségvilágáról és röviden összefoglalja a vonatkozó empirikus pszichológiai, neurobiológiai, valamint csecsemőmegfigyelési eredményeket. Kitér azokra a zavarokra, melyek kialakulásában a szégyen központi szerepet játszik. Arra a következtetésre jut, hogy az elméletileg megalapozott szégyenkutatás elérte a nem megszégyenítő terápiás térben folyó, a szégyenreziliens gyakorlat kohéziójához szükséges kritikus tömeget. A gyakorlat ugyanakkor megtermékenyíti az elméleti fejlődést is.

The author offers a fresh perspective on describing, understanding, and managing the shame that has been problematizing in medicine over the early years of the 21st century. Reviews the phenomenon of shame and briefly summarizes the relevant empirical psychological, neurobiological and infant research findings of the topic. Discusses those disorders in which shame plays a key role. He concludes that the theoretically grounded shame research has reached the critical mass required for the cohesion of shame-resilient practice in a non-shameful therapeutic space. Practice, on the other hand, fertilizes the theoretical development.

**szégyen, empirikus pszichológia,  
neurobiológia, csecsemőkutatás,  
betegség nélküli beteg**

**shame, empirical psychology,  
neurobiology, infant research,  
patient without disease**

dr. KELEMEN Gábor (levelezési cím/correspondence):  
RESET Recovery Support Service, 183 Whitechapel Road, London E1 1DN, UK.  
E-mail: gabor.kelemen@cgl.org.uk

Érkezett: 2022. március 7.      Elfogadva: 2022. május 14.

<https://doi.org/10.33616/lam.32.029>

**A** szégyen – még ha hallgatólagos, kimondatlan módon is – a terápiás kapcsolat szokványos, mindennapi eleme. Spektruma az *egészséges, adaptív* együttműködést, megnyugtató és együttérzést keltőtől a *krónikus, destruktív* ellenséges, erőszakos és dühödt végletig terjed. Az életünkben elszenvedett bántalmazásokat, megaláztatásokat elintézetlen érzelmi ügyként hordozó, a *toxikus* szégyen anticipálására hajlamos, s az újra megszégyenítéstől rettegő betegeknek csaknem a fele megszégyenülten távozik a rendelőből (1). Megelőlegezett félelmük valóra vált. Az orvos érzelmileg nem vonhatja ki magát a beteg rá vetített szégyenreakciójából. Együttérzők, megértők, bátorítók és

ugyanakkor szakavatottak csak a saját érzéseink folyamatos monitorozása és beállítása mellett maradhatunk. Ezáltal vagyunk képesek elfogadni, tolerálni és figyelmesen, mintegy tanúként meghallgatni a beteg szégyenét, aki így átélheti azt az alighanem ritka pillanatot, amikor valaki nem lekicsinylő módon, hanem kíváncsisággal és részvétellel viszonyul a lelki fájdalmához.

### A szégyen jelenségvilága

Hogyan boldogult az európai kultúrkör orvoslása évszázadokon át anélkül, hogy számottevően foglalkozott volna a *szégyen* problematikájával, s

miért éppen a 21. század második évtizedében kezd figyelmet fordítani erre a témakörre?

Az összetett válasz egyik rétege valószínűleg olyan, főként krónikus kórformák szaporodásában és medikalizálódásában fedezhető fel, melyek kialakulásában és fennmaradásában a *szégyen toxikusnak*, illetve *maladaptívnek* nevezett *változata* központi szerepet játszik. Ezek közé tartoznak többek közt az addikciók, az evészavarok, mindenekelőtt az elhízás, a borderline személyiségzavar, a szociális fóbia, a depresszív spektrum jelentős hányada, a suicidium nagy része, a generalizált szorongás és a poszttraumás stressz szindróma (2). Ide sorolhatók a patológias narcizmus altípusai, a grandiózus és a vulnerábilis közül az utóbbiban szenvedők manifest szégyenkezése is (3). Másfelől megjelentek és elhatalmasodtak olyan új, részben a választott életstílussal összefüggő kórformák, mint a HIV-fertőzés (1981) és a hepatitis C (1989), melyek elsősorban társadalmi stigmatizáló hatásuk révén keltenek szégyent (4, 5).

Eme kórképek és a szégyenhajlam közti korrelációt – a szégyent mérő kérdőívek és skálák 1989-ben kezdődő elterjedése óta – számos, bizonyítékra alapozott kutatás támasztotta alá. A szégyen kvantitatív kérdőíves vizsgálódásának szenzitivitása azonban alacsony fokú, ez a vizsgálati mód tehát nem kifejezetten alkalmas egy szubjektív, negatív és önmagát gerjesztő („szégyenkezés amiatt, hogy szégyenkezünk”), a személy által szokványosan fel nem ismert, nem tudatosult érzésének vizsgálatára. A 20. század utolsó évtizedeinek három vezető halál oka, az ischaemiás szívbetegség, a rosszindulatú daganat és a stroke esetében például – az eleve csekély számú – kérdőíves kutatás nem igazolt összefüggést a szégyen és eme betegségek között (6). A 20. század elején egészen másképp alakult a halálokok gyakorisági sorrendje, abban az időben a legtöbben fertőző betegségek (tüdőgyulladás, tuberkulózis és heveny hasmenés) következtében haltak meg. Akkoriban még egyáltalán nem létezett empirikus szégyenkutatás. Az összefüggés igazolásának hiánya azonban nem bizonyíték a kölcsönös viszony hiányára.

A Biblia által leírt első emberi érzés, a szégyenkezés hiányként („nem szégyenkeztek egymás előtt”) jelenik meg. Miután Ádám és Éva megízlelték a jó és gonosz tudása fájának tiltott gyümölcsét, s azonnal felfedezték meztelenségüket, fügefaleveleket fűztek össze, amelyekből ágycsőket készítettek. Majd megpróbálták elrejtőzni az Úristen előtt, amit Ádám a félelmével indokolt. A szövegkörnyezet alapján azonban egyértelmű, hogy az ijedség a szégyen követke-

ménye volt. Az euro-atlanti kultúra őseredeti szégyennarratívája a szégyen ki nem mondott, rejtett és titkolt jellegére, a leleplezéssel, a felfedéssel kapcsolatos védtelenség fájalmára mutat rá.

A kvalitatív kutatás a szégyennel kapcsolatos gondok, emlékek, szubjektív nézőpontok feltárásának hatékonyabb útja. A beteg „alulnézeti” távlatának módszeres megértésére való törekvés esélyt ad a rejtve maradt érzések és motívumok felszínre hozására. A botránkozásmentes, megértő légkörben gyakorolt professzionális kíváncsiság, a megfelelően formált és jól időzített kérdések, átfogalmazások segíthetik a beteget a féken tartott vagy elakadt elbeszélés folytatásában. (A „miért” típusú kérdések – például: „miért tette ezt?” – helytelenek, mert könnyen hibáztatást és félreértést gerjeszthetnek.) Az orvos figyelmes és biztosságot erősítő megnyilatkozására válaszként a beteg szóba hozhat olyan élményeket és eseményeket, melyek nem illenek az önképébe, sőt egyes értékeit elbizonytalanító, belső koherenciáját, önműködését megingató tényekre világíthatnak rá. A kvalitatív vizsgálat által nyert eredmények arra engednek következtetni, hogy habár a szégyen mindig fájdalmas, gyakorta hasznos, sőt néha szükségszerű. Más szóval, a krónikus és toxikus szégyen mellett értelmes és egészséges szégyen is létezik. Az előbbi fennmaradásában közrejátszik a szégyenkerülő, a szégyen elől menekülő, a szégyen súlya alatti összeroskadást eredményező hozzáállás. Ez a viszonyulás rövid távon hatásos lehet, hosszú távon azonban romboló. Az egészséges szégyen viszont adaptív funkciót tölt be. A szégyen mint *öntudati* érzelem úgy keletkezik, hogy a személy cselekvése ellentétbe kerül a külső vagy belsővé tett normákkal, szabályokkal és célokkal, s emiatt elbukottnak, hozzá nem értőnek, értéktelennek érzi magát. Ez az érzés egész lényét, a szelfet fenyegeti. Ha képes önmegnyugtatással, önfogadással és öniróniával kezelni ezt azt alapvetően emberi helyzetet, akkor a szégyen az önátalakító tanulás és fejlődés ösztönzőjévé, ezáltal egészséges kapcsolatainak, kötődéseinek aktív, a társas létet támogató karbantartójává válnak (7).

Ugyan a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 11. változatában – eltérően a szorongástól vagy félelemtől – a szégyen nem szerepel önálló diagnosztikai kategóriaként, ám a klinikai gyakorlatban egyre újabb olyan problémák merülnek fel, melyek kezelése igen behatárolt marad a szégyen figyelembevétele nélkül. Tipikus például a hozzátartozók és betegek közös szégyene a járványos méretűvé vált korai demen-

tálódás esetében (8). Másfelől széles körben elérhetővé váltak egyes új terápiás megoldások, mint az in vitro fertilizáció, a fogbeültetés, vagy az esztétikai sebészet, melyek sikertelensége vagy nem kívánt eredménye válhat a szégyenkezés alapjává. Az is elmondható, hogy a fejlett egészségügyi és szociális gondoskodással rendelkező, egyénre szabott, flexibilis, a szolgáltatásokat koordináló és asszertív outreach (erélyesen „érte nyúló”) gondozást folytató országokban a testi deformitásuk vagy funkcióromlással járó állapotuk miatt szégyenkező betegek ma már kevésbé hullanak ki az ellátás védőhálójából. Ezáltal az orvosok számára az ő szégyenük sem marad ismeretlen.

Noha maga a szégyen sokszor rejtett, felismerhetőbbek azok a sajátos testi megnyilvánulások, melyek kísérhetik. A felismerhetőség azonban nem azonos a tudomásul vétellel és körjelként való azonosítással. A szégyent elsőként az orvosi köztudatba emelő, céhbe tömörülő pszichoanalitikusok nem a társszakmáktól, hanem a kultikus tisztelettel övezett mestertől, *Sigmund Freud*tól (1856–1939), és ortodox tanítványaitól várták a tan fejlődését biztosító ihletet. Ez a hozzáállás évtizedeken át lassította az egyébként általuk elindított fejlődést. Sajátos hazai példája ennek *Feldmann Sándor* (1890–1973) esete, aki az 1920-as években – *Ferenczi Sándor* (1873–1933) mellett – a legtöbbet tette a pszichoanalízis magyarországi népszerűsítése érdekében. Feldmann, aki már 1922-ben az egyik jellegzetes testi tünet, az elpirulás tükrében vizsgálta a szégyent (9), szélesre akarta tárni a pszichoanalízist és az empirikus tudomány összekötő kapuját. A következőket írta erről: „*Munkám továbbra is szorosan azokon a hatalmas pilléreken nyugszik, melyeket a nagy bécsi mester: Freud állított fel.* Az objektív kutató, azonban azoktól is tanul, kik az ő nyomdokain ugyan, de mégis eltérő utakon munkálkodnak” (10, 7. oldal). Ám az eltérő utakon járás elfogadhatatlan volt Freud számára. Itthoni képviselője, a Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület elnöke, Ferenczi révén, igyekezett csírájában elfojtani Feldmann törekvéseit. Ferenczi, elnöki hatalmát kihasználva, kiléptette Feldmann-t az egyesületből (11).

A szégyen testi jelei legjobban a gyermekek körében figyelhetők meg. Közéjük tartozik a bőrhőmérséklet emelkedésével is járó, főként az arcon látható, de a test más részeire is kiterjedő *elpirulás*. (A dühös ember kivörösödése nem tekinthető elpirulásnak, ugyanis az ilyen esetekben hiányzik a szégyenérzet.) További gyakori jel a – mások pillantása előli kitérést szolgáló – *lesütni szem*, az *elfordított tekintet* és a *lehajtott fej*.

Jellemző az *arc kézzel való reflexszerű eltakarása*. A test mintha el akarna sülyedni, ahogy az ülő ember *belesüpped* a fotelbe. Mindezt időnként izzadás, heves szívdobogás vagy émelygés érzése kíséri (12, 133. oldal). A szégyen témakörét nagyszabású affektus- és forgatókönyv-elméletének keretében kidolgozó *Silvan Tomkins* (1911–1991) 1960-as évek elején publikált kötetei óta a szégyen felismerését elősegítő jelek listája egyre finomodott. *Gershen Kaufman* négy csoportba (arcon látható, affektív, kognitív és a személyközi rejtőzködés jelei) sorolta a szégyen tüneteit (13, 22. oldal). A nem verbális jelek számának bővülése (például szégyenlős mosoly, az ajak vagy nyelv harapdálása, a vállak összehúzása) mellett a kutatók idővel a szégyentünetek egyéb kategóriáit is elkülönítették. A gesztusokban megnyilvánuló paralingvális tünetek közé tartozik a feszült nevetéssel vagy a beszéd megszakításával kísért túlságosan ellágyuló beszédmód, a verbális kódok körébe a csökkentértékűség érzésének megfogalmazása, a kognitív kiváltó ingerek közé a szégyenteljes emlékek szóba hozatala, míg a viselkedési kulcsok közt szerepel a mások megszegényítése (14). A fenti szimptómák nem specifikusak, mivel más problémára (például szorongás) is utalhatnak.

## Az empirikus pszichológiai szégyen kutatás kezdetei

Az empirikus szégyenkutatás első fontos mérföldkövének tekinthető *Helen Block Lewis* (1913–1987) 1971-ben megjelent *Szégyen és büntudat a neurózisban* című könyve (15). A szégyen szisztematikus leíró és elméletalkotó vizsgálatának 20. század eleji orientációja a pszichoanalízishez köthető. A téma iránti érdeklődés később fokozatosan áterjedt a filozófiára, a szociológiára, az antropológiára és a szociál-, illetve fejlődépszichológiára. A kísérleti pszichológia módszereit tanulmányozó pszichoanalitikus *Helen B. Lewis* 180 pszichoterápiás ülés leírt szövegét elemezte, és állított fel kategóriákat. Ezáltal megszámlálható változókat képzett, amelyeket elemzésre alkalmas formába, táblázatba rendezett. Módszeresen kereste és azonosította a szégyennel kapcsolatos szövegrészeket. Tanulmányozta a másodpercről másodpercre követett szövegtörzsből talált szégyenepizódok szövegkörnyezetét, azt a kontextust, melyben a szégyenre történő utalások előfordultak. Ezt a kutatási módszert ma *diskurzuselemzésnek* nevezik.

A szégyent alapvetően társas érzelmnek tekintő *Lewis* annak rendeltetését a szociális

kötésekre veszélyt jelentő tényezők jelzésében, figyelmeztetésében látta. Ahogy a testi trauma halált okozhat, úgy a társas kapcsolatok megszűnése, a teljes elszigetelődés, különösen kisgyermekes esetében szintén életveszélyessé válhat. Az előbbire a félelem, az utóbbira a szégyen figyelmeztet. Lewis volt az, aki eloszlatta azt a jó hetven éven át uralkodó vélekedést, miszerint a büntudat fontosabb érzelem a „primitívnek” tekintett szégyennél. Vizsgálatai alapján arra a következtetésre jutott, hogy előfordulásukat, eredetüket és pszichológiai jelentőségüket tekintve azonos értékűek. Lewis megállapításai közül kiváltképpen az ment át a köztudatba, hogy a szégyen az *énre*, a teljes személy megmérettetésére, a büntudat pedig a cselekvésre, az ember *tettére* vonatkozik. Legfontosabb észrevétele az *el nem ismert* szégyen felfedezése volt. Lewis kimutatta, hogy a betegek gyakorta a szégyen állapotában leledzenek, de erről ők és orvosaik sem vesznek tudomást. Amikor a betegek félénken megkérdézik az orvosuktól: „most, hogy ezt elmondtam magamról, kíváncsi vagyok, mit gondolsz róla”, mind a kérdés módja, mind pedig a tartalma szégyenállapotra utal, a szégyen ott kísért a pszichoterápiás irányultságú beszélgetésben, mégis rejtett, leplezett és mellőzött marad.

Lewis a szégyen tagadásának két formáját különítette el. *Nyilvánvaló* szégyen esetében a lelassult és meg-megszakadó beszéd és olyan nyugtalanító testi tünetek, mint az elpirulás, izzadás és palpitiáció jelzik a beteg érzelmi fájdalmát. A páciens kínosnak, kellemetlennek, bizonytalanoknak, ostobának vagy elutasítóknak írja le a helyzetet, amelyet igyekszik a külső körülményekkel, s nem a belső érzéseivel magyarázni. Voltaképpen nem talál rá a megfelelő fogalomra, s téves elnevezést ad az érzéseknek. A tagadás másik módját Lewis *kerülőutas* szégyennek nevezte el. Ebben az esetben a fájdalom alig érzékelhető, mivel elfedi a felgyorsult beszéd és különféle kényszeresnek tűnő figyelemelterelő, a dialógust aláásó megnyilvánulások.

Lewis megfigyelte, hogy a szégyen többnyire más érzésekkel együtt, sajátos – rövid, 15-20 másodperc alatt lezajló – sorrendben jelenik meg. A páciensben felöltik a gondolat, hogy a terapeuta talán negatív színben látja őt. Ez egy pillanatra szégyent válthat ki, amelyet a harag vagy neheztelés momentuma követ, majd az érzéslánc szintén futólagos büntudattal zárul. Lewis szerint a *szégyen-harag* együttes szinte érzelmmolekula, melynek a neheztelés és büntudat egy-egy járulékos eleme. A belső szégyen-düh folyamat egyfajta *érzéscsapda*. Hasonló belátásra jutott a

*narcisztikus düh* jelenségét leíró *Heinz Kohut* (1913–1981) is, szintén 1971-ben megjelent *A szelf analízise* című könyvében (16). Ahogy Lewis, úgy Kohut is, a kötődések, kapcsolatok és motivációk bázisán, nem pedig ösztönalapon dolgozták ki saját elméletüket. Amíg Kohut igyekezett megmaradni a pszichoanalízis keretén belül, Lewis mélyrehatóan merített a szociológiai szégyenkutatás meglátásaiból és felhasználta annak fogalmait. Elsősorban *Helen Merrell Lynd* (1896–1982) *A szégyenről és az identitás kereséséről* című, 1958-ban közreadott könyvére támaszkodott (17).

Lewis egyik tanítványa, *Thomas Scheff* megjegyezte, hogy Lewis szégyenről való tapasztalatait nem csak kutatásaiból, hanem saját életélményeinek reflektív feldolgozásából is merítette. Mielőtt nekilátott volna a szégyen kutatásának, szakmai identitását megrendítő helyzetek során vergődött át. Orvos apja hatására gyógyító pályára akart lépni. Ám a pszichológiából PhD-fokozattal rendelkező Lewis, aki nyolc éven át olyan neves orvosok tanítványaként, mint a magyar származású *Margaret (Schönberger) Mahler* (1897–1985) és az amerikai *Harry Stack Sullivan* (1892–1949) szerzett pszichoanalitikus képzést, nem kapott klinikai állást. Az 1950-es években, a McCarthy-korszakban pedig régi, 1930-as évekbeli kommunista kötődése miatt került veszélybe. Ezekben az időkben úgy érezte, hogy a korabeli gyógyító ideál (klinikus, kutató és oktató) hármas dimenziójában, teljes szerepidentitásában kudarcot vallott (18). Leánya, az orvos végzettségű *Judith Herman* aztán szintén a szégyenkutatás egyik akkor elhanyagolt területe művelésére érezte magát elhivatottnak. Herman az amerikai nők *#MeToo* mozgalmának kibontakozása előtt jó harminc évvel hozzáfogott a főnök-beosztott szexuális abúzus, illetve az apalány incest problémáinak feltáráshoz. Anyja halála után harminc évvel pedig Herman elérkezettnek látta az időt arra, hogy a három gyógyító hivatást választó generáció (nagyapa – anya – lányunoka) vetületében megírja azt, ahogy anyja, majd ő maga is – önironikusan *Csehovot* parafrazeálva – bizonyos fokig mások és saját szégyenüket egyaránt kezelni képes *szégyennyikké* váltak (19).

## A biológiai szégyenkutatás kiindulópontjai

A szégyen pszichometriai és mikroszociológiai vizsgálatának kibontakozása felkeltette néhány pszichofiziológiával, neurobiológiával és neuro-



immunológiával foglalkozó kutató érdeklődését. *Charles Darwin* (1809–1882) már *Az ember és az állat érzelmeinek kifejezése* című, 1872-ben megjelent könyvének 13. fejezetében foglalkozott a szégyenkezés, szemérmesség, szerénység, továbbá az elpirulás kérdésével (20). Az elpirulást a legkülönösebb és legemberibb érzéskifejezésnek ítélte. Darwin nagyrészt átvette *René Descartes* (1596–1650) emberi alapérzelmeket azonosító jegyzékét. Az alapérzelem valamilyen sajátos inger által automatikusan kiváltott jól elkülöníthető szubjektív élmény. *A lélek szenvedélyei* című, 1649-ben közreadott művében Descartes hat alapérzelmet különített el: az örömet, bánatot, utálatot, kíváncsiságot, szeretetet és vágyakozást (21, 69. §). Darwin listája a félelmet és a dühöt is magában foglalja. Amiben Darwin meghaladja és cáfolja Descartes elméletét, az az alapérzelmek evolúciós természetének felismerése, annak megállapítása, hogy ezek az állatokban (például majmokban, kutyaiban, macskáiban) és a csecsemőkben is jelen vannak. Descartes szerint viszont az automataként, gépként működő állatok nem képesek érzékelésre és nincsenek érzelmeik. Amikor például egy állat szenvedni látszik, az nem szenvedés, csak az állati gépezet csikorgása. Az orvos *Julien La Mettrie* (1709–1751) radikalizálta Descartes tézisé. *Embergép* című 1748-ban megjelent értekezésében az embert gépként működő mechanizmusnak látta. Az embergép működési zavarainak kezelése – La Mettrie felfogása szerint – mit sem különbözik másféle masinák szervizelésének, karbantartásának, javításának és alkatrészei kicserélésének feladatától (22). Napjainkban, a szervátültetések korában La Mettrie eme utóbbi víziója, a kicserélés is valóra vált – tehetjük hozzá. Noha az etikai értékeit megőrző és továbbfejlesztő (például betegjogok, tájékozott beleegyezés), s terápiás eszköztárába a pszichoterápiát (a gyógyszeres, sebészeti és fizioterápia mellett) önálló ágazattá fejlesztő medicina elhatárolja magát a La Mettrie-féle reduktív és antihumanista szemlélettől, az a társadalom szociáldarwinista tervezésére törekvő diktátorok számára (például eugenika, biofegyverek révén) mindmáig felvillanyozó eszme maradt.

Darwin az ember és állat közötti különbségek fokozati jellegéről szóló tanának kanonizációja után másféle elgondolásait is, szinte egész életművét a cáfolhatatlan igazság panteonjába emelték. Ez a viszonyulás inkább hátráltatta, mintsem fellendítette a kutatást. Annak a darwini gondolatnak az ellenőrzésére, miszerint az alapérzelmek jól azonosíthatók az arc jelzései alapján, és az arckifejezésen felismerhető érzelem az egész

emberi faj egyetemes jellegzetessége, csak száz évvel később, az 1960-as évek végén került sor az amerikai *Paul Ekman* kutatásai révén (23). Ekman különböző, a világtól elzártan élő törzseket (például új-guineai) is felkeresett, melyek tagjai nyugati emberek fényképein az arckifejezésből felismerték az alapérzelmeiket. Ugyanez a komplexebb, az egyén – születéskor még nem meglévő – öntudatát feltételező érzelmeiről nem mondható el. Azok esetében az arc és a test válaszmintázatai tanultak és kulturálisan formálódtak. Az egyes kultúrák között jelentős különbségek vannak abban a tekintetben, hogy miképpen fogják fel és fejezik ki az összetettebb öntudati érzelmeiket. Az elpirulás és a szégyen kapcsolatát előtérbe állító Darwin meglátása több okból sem adhatott elegendő fogódzót a szégyen kutatásának fejlődéséhez. Darwin eleve többféle érzelem, így a szégyen, feszélyezettség, féltékenység és büntudat esetében jellegzetesnek vélte az elpirulást, aminek kiváltóját egy másik személy megjelenésében látta. A másik személy jelenléte azonban ugyanúgy nem szükséges feltétele a szégyennek, mint ahogyan az elpirulás sem elengedhetetlen velejárója. Darwin maga is tisztában volt azzal, hogy az elpirulás felismerhetősége függ a bőr színétől. Fekete bőrűek esetében kisebb a felismerés lehetősége.

A szégyen meghatározásának ellentmondásossága akadályt jelentett a tudományos vizsgálódás szempontjából. Szükségessé vált a szégyen fogalmának szabatos meghatározása, és jelenségeinek operacionalizálása. Nem véletlen, hogy éppen Helen Block Lewis névrokona, *Michael Lewis*, aki az ezredfordulón elsőként vágott bele szégyennel kapcsolatos *pszichoneuroimmunológiai* vizsgálódásba, előzőleg azon munkálkodott, hogy a szégyen fogalmát mérésre alkalmassá tegye, s világosan elkülönítse a feszélyezettségtől és a büntudattól (24). Vele szinte egy időben a szégyenkutatásnak ugyanezt az innovatív útját választotta a kaliforniai *Margaret Kemeny* egészségpszichológiai munkacsoportja. Ez a diszciplína, mely a magyar anyanyelvű *Selye Jánosban* (1907–1982) ismerte fel egyik elődjét, az immunrendszer, idegrendszer és magatartás kölcsönhatásának kérdésével foglalkozik. Stresszhatású ingerre adott stresszválasz során, a szervezet egyensúlyának helyreállítása érdekében egyaránt izgalmi állapotba kerül a hypothalamus-hypophysis-mellékvese tengely és az autonóm idegrendszer. A túlélés esélyét növelő stresszválasz során fokozódik a *kortizoltermelés* és – főleg az immunválaszban – az immunsejtek aktiválódását és szaporodását szabályozó *citokínképződés*. Lewis kutatásában a stresszre adott kortizolválasz

révén kívánta bizonyítani azt, hogy a szégyen és feszélyezettség nem ugyanannak az érzelemnek eltérő erősségű formái, hanem független érzelmek (25).

Az alapérzések funkciója a biztonságot és életet fenyegető veszély jelzése. A szégyen esetében viszont az oksági tulajdonítások komplex, ámde villámszerűen végigfutó láncolatával kell számolni: „Hogyan értékelem a saját megnyilvánulásomat”; „szerintem mások hogyan értékelnek engem”; s „miképpen értékelem azt, ahogyan szerintem mások megítélnék engem”. Itt nem a pusztán fiziológiai túlélés, hanem a személyiség életben maradása a tét. Kemeny a társadalmi státuszt, megbecsülést és elfogadást, egyszerűen a *szociális szelfet* fenyegető, szégyenkeltő stresszválasz pszichofiziológiai hátterét igyekezett feltárni. Abból a feltételezésből kiindulva, hogy az önképre potenciálisan negatív hatású környezeti inger következménye az egyén felfogásától függ, vagyis attól, hogy mekkorára becsüli az identitás megsemmisülésének veszélyét, Kemeny a kísérleti személyek kortizol- és citokinszintjének változását mérte. Kutatásai megerősítették, hogy a „nincs rám szükség” kedélyállapot, mely belső értékelő, minősítő érzelmi-kognitív feldolgozás eredményeként keletkezik, s a velejáró szégyen és tehetetlenségérzés mérhető, az érzéssel arányos élettani változásokkal jár együtt (26, 27).

A szégyen kutatása később a 21. század első évtizedének végére kiterjedt a monoamin-neurotranszmitterekre (szerotonin, dopamin, nor-pinefrin), az opioidokra, az oxitocinra stb. (28). A képző eljárások technológiájának 1990-es évekbeli fejlődése, a funkcionális mágnesesrezonancia-vizsgálat (fMRI) megalkotása 1991-ben, majd az első pozitronemissziós tomográfia-komputertomográfia kombinációt megvalósító készülék (PET-CT) 1998-ban történt üzembe helyezése új lehetőséget kínált a szégyen idegi struktúráinak feltérképezésére, s működésének nyomon követésére. Az fMRI és PET-CT igénybevétele egyértelműen terjed az alapérzelmek neurológiai bázisának kutatásában, s vannak már – noha egyelőre csekély számban – szégyenkutatással kapcsolatos alkalmazások is (29, 30).

A szégyen neuroanatómiájának kutatói jól behatárolható tárgykör kiválasztására törekednek. Ilyen például a *vikariáló szégyen* témája, amelyben az egyén behelyettesíti és beleéli magát valaki más szégyenletes viselkedésébe és helyette is szégyent érez (31). Ilyen sorba helyezhető a *tükörneuronok* szégyennel kapcsolatos szerepét tanulmányozó témaválasztás is (32). Az fMRI értelemszerűen kulcsfontosságú eszköze ezeknek a vizsgálatoknak. Az *agy évtizedének* elneve-

zett 1990-es évek óta számos kutatási projekt és irány emelkedett a szubdiszciplína rangjára. Ezek közül több, így a kognitív neurotudomány, a szociális neurotudomány, az interperszonális neurológia stb. a széles körű integráció igényével lép fel, míg más szakterületek inkább saját tudományos fülkéjük kompetenciakörének kijelölésére törekednek. A *bolygóideg* (nervus vagus) biztonságérzésben elfoglalt központi szerepének evolúciós hátterét feltáró *Stephen Porges polivagális elmélete* feltűnő visszhangra talált a szégyen terápiás vetületével foglalkozó szakemberek körében (33). Porges az agykutatás különböző, saját történettel, kutatási munkatervvel, szakirodalommal, módszertani sajátosságokkal és elméleti háttérrel rendelkező szakterületeinek egymáshoz való viszonyát a minden oldalán véletlenszerűen összekevert, különböző színű négyzetekből álló *Rubik-kockához* hasonlítja. Saját transzdiszciplináris elméletét – melyben kulcsszerepet kap a szociális kötelékteremtés, illetve a kapcsolatkézség – az egyes szakterületek szűk vagy elfoglalt szemléletét meghaladó, az összekevert kocka mezőinek színeit egybehangolni törekvő tanként jellemzi (34, 38–39 oldal).

## A csecsemőmegfigyelés hozadéka

Amikor Helen Lewis 1971-ben megjelent könyvével lerakta az empirikus pszichológiai szégyen tanulmányozásának alapjait, a csecsemőkutatás felé forduló pályakezdő Porges még nem sejtette, hogy annak egyik ága, a csecsemőmegfigyelés milyen fényes jövő elé néz a szégyen rejtélyének megfejtésében (35). Ugyanebben az évben jelent meg a fejlődéslélektanban új, mikroelemzésre lehetőséget nyújtó megfigyelési technikákat bevezető *Daniel Stern* (1934–2012) első közleménye (36). Stern megközelítése nemcsak eszközeiben, hanem hozzáállásában is új volt, amennyiben nem felnőtt- és gyermekpszichiátriai ülések tapasztalatainak megfigyeléseit elemezte, hanem egészséges anya-gyermek interakciók folyamatát kutatók által konstruált, közvetlenül megfigyelt, természeteshez közeli helyzetekben. A csecsemőmegfigyelés eredményei fényében megdőlt az a freudi nézet, mely szerint a pszichiátriai zavarok hasonlóságot mutatnak az egészséges csecsemők és gyermekek lelki fejlődésének egyes szakaszaival. Amint *Tényi Tamás* leszögezi, a pszichiátriai betegek jellemző valósgtorzítása és a kisgyermek valósgkezelése semmilyen azonosságot nem mutat. A gyermek

„nem a téveszmék világában él, hanem folyamatosan integrálva és átlagolva percepcióit, elvárásokat épít a környezettel kapcsolatban, amely elvárásokat folyamatosan módosítja úgy, ahogy azt tapasztalatai szükségessé teszik” (37, 199. oldal). A csecsemő kutatások alapján kirajzolódó csecsemő képe egy születése óta, sőt már az intrauterin életben aktívan ingerkereső, interakcióra kész, egyáltalán nem passzív lény (38).

Amíg az 1960-as évek végén Ekman az alapérzelmek felismerését vizsgálta Új-Guinea civilizációtól elzárt törzsei körében, addig alig pár évvel később az antropológus *Edmund Carpenter* (1922–2011) az új-guineai dzsungellel borított fennsík elszigetelt, addig tükröt sosem látott *biami* népcsoportját kereste fel. Mivel a vidéken a víz is homályos és zavaros, a biamik a víz tükrében sem pillantották és ismerték fel önmagukat. Egyedül az árnyékuk nyújtott képet számukra fejük körvonaláról, de sosem látták a saját arcukat. Carpenter tükröt adott biami személyek kezébe, akik életükben először láthatták világosan önmaguk arcát. Közben videóval rögzítette az arcukkal ismerkedő bennszülöttek reakcióit. A tükörbe néző biamikat megrémítette és elijesztette a látvány. A gyötrelme szinte bénítóan hatott. Az önmagukra ráismerés döbbenetében félrefordították a tekintetüket, vagy eltakarták az arcukat (39). Úgy tűnik, az addig felépített egyes szám *első személyű* énkép nem egyezett az őket tükröző *harmadik személyű* képpel. Ezt a következtetést azonban már nem Carpenter, hanem a csecsemő- és gyermekfigyelés egyik élenjáró tudósa, *Phillippe Rochat* vonta le. Az első ízben tükörbe néző ember ráeszmél arra, hogy mások ilyennek észlelhetik őt. Amit Carpenter a biami felnőttek esetében tapasztalt, tudniillik a tükörben való önfelismeréssel járó zavart és félelmet, azt Rochat más kultúrákban, kétéves vagy e kor feletti gyermekek esetében figyelte meg. A nyilvánosság előtti kitettségét váratlanul addig nem ismert új, elidegenítő változatban felismerő gyermek nem képes összhangba hozni énképét a tükörben látott, zavarba ejtő valósággal. A benne kiváltott önelutasítást a külvilág általi elutasításként, a kiközösítés fenyegetéseként éli meg. Rochat – a kognitív fejlődés híres tudósának, *Jean Piaget*-nak (1896–1980) lázadó tanítványa – rámutat arra, hogy e folyamatot az önismereti érzelmek elsődleges foglalatja, a *szégyen* irányítja. A szégyen fájdalmát senki sem élvezi. Az emberek félnek a szégyentől, illetve a megszégyenüléstől. A szégyen származékai, a *megvetés*, az *empátia* és az *önelégültség* a szégyen elleni védelem aktívabb formái. Az önelégültség a másoktól való távol-

ságtartás erejével felruházó érzés. A megvetés a társadalmi kirekesztéstől való félelemmel szemben kialakított reakcióképződés. A másik érzelmeibe való beleéléssel, hiteles érzelmi kapcsolódással, együttérzéssel, emberi melegséggel járó empátia – ami nem azonos az udvarias profeszionális tónusban empátikusnak hangzó frázisokat hangoztató kognitív empátiával – a mások és saját szégyenünk rekonstruálásának és kezelésének hatékony eszköze. Rochat a büntudatot is a szégyenből származtatja. Megjegyzi, hogy a terapeuták sokkal szívesebben foglalkoznak a cselekvéshez, felelősséghez és a helyrehozás lehetőségéhez kapcsolható büntudattal, mint a szégyennel, amely elől – minthogy énfelfogásunkhoz, szelfünkhez kötött – nem lehet elmenekülni, s amit nem temethetünk el magunkban (40). Senki nem születik szégyennel, mivel szelfünk, identitásunk emberi kapcsolatok révén fokozatosan alakul ki, s a szégyen megjelenése az öntudathoz kötött. Ám a szégyenkezés egyedfejlődés során megszerzett, adottságunkká vált öntudati érzelmek univerzális, minden emberi kultúrában léteznek. A szégyen kinyilvánítási formái viszont jelentős mértékben függenek a kulturális környezettől és a szociális tanulástól (41). A szégyennel kapcsolatos traumák hatással lehetnek az egyén szégyenelkerülő stratégiájára. A szégyen szinte égető fájdalmának elkerülési vágya – akár „szégyentelen” attitűd kialakítása révén – uralkodó motivációvá válhat, a toxikus vagy krónikus szégyent átélt ember retteg a másodszori megégéstől (42). Ugyanakkor a szégyen az emberi interakciók és kötődések erőteljes, pozitív és nélkülözhetetlen motiválója.

## Szégyen a medicina keretében

A szégyen problematikájának feltűnését a medicinában természetesen nem lehet csak az e szempontból fontos határterületek – a pszichológia, a neurobiológia és a csecsemő kutatás – fejleményeivel magyarázni. Ha a medicina mindennapi gyakorlatát nem érintette volna a szégyennel kapcsolatos problémák medikalizálása, akkor a társadalmak eredményei legfeljebb csak érdekes töredékként, de nem a szerves illeszkedésük lehetőségét kereső alkotóelemként jelennének meg.

Az orvosi diagnózisok számának növekedése nem tart lépést a modern élet legkülönfélébb bajai, gondjai és aggályai medikalizálódásának folyamatával. A betegek egyre növekvő hányada a többnyire fel nem ismert *krónikus*, *maladaptív* szégyen szorongásos és depressziós tüneteket keltő következményeitől és negatív hatásaitól

(bűntudat, nárcizmus stb.) szenved. A kínlódo és gyötrödo „betegség nélküli beteg” szeretné a *szenvedését* – miután annak egyszerű megszűnésében már nem reménykedik – legalább konkrét, azonosítható betegséghez kapcsolni, így csilapítható, kezelhető, megfogható testi vagy lelki *fájdalomra* váltani. Ez a törekvés feltétlenül méltatást érdemlő, hiszen volt bátorsága lépést tenni a változás reményében.

A szégyen azonban nemcsak az alapvetően toxikus szégyentől szenvedők tapasztalata, hanem – kisebb-nagyobb mértékben – mindenkié, aki egészségügyi kezelést kap, s aki személyes terápiás kapcsolatban áll a betegekkel. Természetesen léteznek a betegek közvetlen személyes kezelésétől független szégyentapasztalatok (például terrorizálás vagy korrupció következtében), s olyanok is, melyek csak bizonyos kultúrákban fordulnak elő (például paraszolvencia), ám igen erős destruktív szégyenkeltők (43).

A részleges levetközést, egyes testrészek lemeztenítését igénylő hagyományos orvosi vizsgálat a méltóság megsértését és a magánszférába való betolakodás képzetét; a személyes életvitel intim részletei (szerhasználat, kapcsolati problémák, szexuális gyakorlat, gyerekek elhelyezése stb.) iránti érdeklődés pedig a lekezelő durvaság érzetét keltheti a „ne érj hozzám” irányelv jegyében szocializálódott generációk számára. Ha mindezt telefonhívás vagy más személy belépése megzavarja, és ráadásul a beteg a szükségesnél hosszabb ideig marad ruhátlanul, akkor a helyzet eleve szégyenkeltő hatása fokozottan érvényesül. A beteg az orvosban előnytelen testi tulajdonságai azonosítóját és felnagyítóját, észrevehető (például elhízás) és rejtett (például hypertonia) hibáinak kimutatóját láthatja. Az orvos (negatív) ténymegállapítónak és megoldáskeresőnek tűnő szavai: „Van egy kis

súlyfeleslege, hasznos volna diétázni és többet mozogni” csalódást keltők és megalázók. A beteg már számtalanszor mondta önmagának ugyanezt, habár hasztalanul. Megpróbálhat védekezni, és megmutathatja mennyire kreatív a kifogáskeresésben. A beteg szégyene kiválthatja az orvosban a „nem vagyok elég jó” szégyenét. Ha képzése során, módszeres szupervíziókkal és esetmegbeszéléssel, nem szocializálódott a szégyenreziliencia gyakorlására, akkor valószínűleg fel sem ismeri a szégyent saját magában, és így nem latolgat olyan kérdéseket, hogy „Tudok-e segíteni ennek a betegnek?”, „Rendelkezem-e megfelelő készséggel ehhez, vagy jobb volna segítséget hívnom?”, „Képes vagyok-e elegendő együttérzést kifejezni iránta?” (44). A szégyenreziliencia annak elfogadását jelenti, hogy a szégyen az emberi állapot integráns része, melyet nem lehet kiiktatni az életünkől. Viszont megtanulhatjuk olyan módon elfogadni a sebezhetőségünket, hogy az ne jelentse értékeink, identitásunk és biztonságérzetünk kockáztatását (45).

A szerző szándéka az volt, hogy elméleti és gyakorlati szempontokat nyújtson annak a kérdésnek a megválaszolásához, hogy a szégyen miért éppen a 21. század elején keltett figyelmet a medicinában. A válaszkérésben igyekezett egyaránt figyelembe venni a medicinára ható tudományos és mindennapi életből származó *külső*, s a medicina fejlődéséből adódó *belső* körülményeket. Úgy tűnik, az elméletileg megalapozott szégyenkutatás elérte a szégyennel foglalkozó, nem megszégyenítő terápiás térben folyó gyakorlat kohéziójához szükséges kritikus tömeget. A gyakorlat világa pedig képes megtermékenyíteni az elméletet.

*A teljes irodalomjegyzék online az eLitMed.hu portálon érhető el.*

## Irodalom

1. Dalenberg CJ. Countertransference and the treatment of trauma. Washington DC, American Psychological Association; 2000. <https://doi.org/10.1037/10380-000>
2. Vizin G, Unoka Zs. A szégyen szerepe a mentális zavarok kialakulásában II. A szégyen mérése és a szégyen kapcsolata a mentális zavarokkal. *Psychiatria Hungarica* 2015;30(3):278-96.
3. Schie CC et al. Narcissistic traits in young people and how experiencing shame relates to current attachment challenges. *BMC Psychiatry* 2021;21(1):Article 246. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03249-4>
4. Hutchinson P, Dhairyawan R. Shame and HIV: Strategies for addressing the negative impact shame has on public health and diagnosis and treatment of HIV. *Bioethics* 2018;32:68-76. <https://doi.org/10.1111/bioe.12378>
5. Lyons B, Dolezal L. Shame, stigma and medicine *Medical Humanities* 2017;43:208-10. <https://doi.org/10.1136/medhum-2017-011392>
6. Cerna A, et al. Guilt, shame and their associations with chronic disease in Czech adults. *Psychology, Health & Medicine* 2021;27(2):503-12. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13548506.2021.1903058>



7. Brennan S, Robertson N, Curtis C. Shame and resilience: A New Zealand based exploration of resilient responses to shame. In: Vanderheiden E, Mayer CH. (eds.) The value of shame exploring a health resource in cultural contexts. Cham, Springer; 2017. p. 201-21. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-53100-7\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-53100-7_9)
8. Lopez RP et al. Managing shame: A grounded theory of how stigma manifests in families living with dementia. *Journal of American Psychiatric Nurses Association* 2019; 26(2):181-8. <https://doi.org/10.1177/1078390319832965>
9. Feldmann S. Über erröten: Beitrag zur psychologie der sham. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 1922;8 (1):14-34.
10. Feldmann S. Az ideges félelem. Budapest: Mai Henrik és fia; 1925.
11. Friedrich M. Pszichoanalitikusok a pódiumon: Ferenczi Sándor és Feldmann Sándor sajtószeresplése. *Művelődés-, Tudomány- és Orvostörténeti Folyóirat* 2018;9(17): 286-309. <https://doi.org/10.17107/KH.2018.17.286-309>
12. Tomkins SS. Affect, imagery, consciousness: The negative affects, Vol. 2. New York: Springer; 1963.
13. Kaufman G. The Psychology of Shame: Theory and Treatment of Shame-Based Syndromes. New York: Springer; 1996.
14. Sanderson C. Working with shame. London: Jessica Kingsley; 2015.
15. Lewis HB. Shame and guilt in neurosis. New York: International University Press; 1971.
16. Kohut H. The analysis of the self. New York: International Universities Press; 1971.
17. Lynd HM. On shame and the search for identity. New York: Harcourt Brace; 1958.
18. Scheff TJ, Retzinger SM. Emotions and violence. Lexington: iUniverse; 2001.
19. Herman JL. Trauma and recovery: A legacy of political persecution and activism across three generations. In: Salberg J, Grand S (eds.) Wounds of history: Repair and resilience in the trans-generational transmission of trauma. London: Routledge; 2017. p. 189-203.
20. Darwin C. Az ember és az állat érzelmeinek kifejezése. Budapest: Gondolat; 1963.
21. Descartes R. A lélek szenvedélyei. Budapest: Ictus; 1994.
22. La Mettrie JO. Filozófiai művek. Budapest: Akadémia; 1981.
23. Ekman P. Universal facial expression of emotions. *California Mental Health Research Digest* 1970;8(4):151-8.
24. Lewis M. Shame. The exposed self. New York: Free Press; 1992.
25. Lewis M, Ramsay DS. Cortisol response to embarrassment and shame. *Child Development* 2002;73(4):1034-45. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00455>
26. Kemeny ME. The psychobiology of stress. *Current Directions in Psychological Science* 2003;14:124-8. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01246>
27. Dickerson SS, Gruenewald TL, Kemeny ME. When the social self is threatened: Shame, physiology, and health. *Journal of Personality* 2004;72(6):1191-216. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00295.x>
28. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 2009;15(3):199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
29. Fontenelle LF, Oliveira-Souza R, Moll J. The rise of moral emotions in neuropsychiatry 2015;17(4):411-20. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.4/ffontenelle>
30. Bastin C, Harrison BJ, Davey CG, Whittle S. Feelings of shame, embarrassment and guilt and their neural correlates: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Review* 2016;71:455-71. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.09.019>
31. Muller-Pinzler L, et al. When your friends make you cringe: social closeness modulates vicarious embarrassment-related neural activity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2016;11(3):466-75. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv130>
32. Hasson U, Frith CD. Mirroring and beyond: coupled dynamics as a generalized framework for modelling social interactions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B* 2016;371:20150366. <https://doi.org/10.1098/rstb.2015.0366>
33. Benau K. Pride in psychotherapy of relational trauma: Conceptualization and treatment considerations. *European Journal of Trauma & Dissociation* 2018;2:131-46. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.03.002>
34. Porges SW. Polyvagal safety: Attachment, communication, self-regulation. New York: WW. Norton; 2021.
35. Fitzgerald HE, Porges SW. A decade of infant conditioning and learning research. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development* 1971;17(2):79-117.
36. Stern D. A microanalysis of mother-infant interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1971;10:501-17. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61752-0](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61752-0)
37. Tényi T. Pszichoanalitikus fejlődéslelektan. *Pszichoterápia* 1999;VIII(3):189-201.
38. Tényi T. A pszichodinamikus pszichiátria a legújabb pszichoanalitikus eredmények tükrében. Budapest: Animula; 2000.
39. Carpenter E. The tribal terror of self-awareness. In: Hikins P (ed.). Principles of visual anthropology. The Hague, Mouton; 1975. <https://doi.org/10.1515/9783112415405-032>
40. Rochat P. Other in mind: Social origin of self-consciousness. New York: Cambridge University Press; 2009. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511812484>
41. Mann M. Shame veiled and unveiled: The shame affect and its re-emergence in the clinical setting. *The American Journal of Psychoanalysis* 2010;70(3):270-81. <https://doi.org/10.1057/ajp.2010.22>
42. Fonagy P, Bateman A. Mentalization-based treatment for personality disorder: A practical guide. Oxford: Oxford University Press; 2016. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
43. Robertson JJ, Long B. Medicine's shame problem. *The Journal of Emergency Medicine* 2019;57(3):329-38. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.06.034>
44. Veit I, Spiekermann K. Dealing with shame in a medical context. In: Vanderheiden E, Mayer CH (eds.). The bright side of shame: Transforming and growing through practical applications in cultural contexts. Cham, Springer; 2019. p. 349-61. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-13409-9\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-030-13409-9_23)
45. Miles S. Addressing shame: what role does shame play in the formation of a modern professional identity? *BJPsych Bulletin* 2020;44(1):1-5. <https://doi.org/10.1192/bjb.2019.49>